Landkreis Mecklenburgische Seenplatte
Der Landrat • Postfach 110264 • 17042 Neubrandenburg

Jugendamt/Kindertagesförderung 51.2
Postanschrift: PF 110264, 17042 Neubrandenburg

Antrag auf einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung hier: Hortantrag

gemäß §§ 6 und 7 KiföG M-V vom 4. September 2019 in der jeweils gültigen Fassung i. V. m. der Richtlinie zur Ausgestaltung der Kindertagesförderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.

Erstantrag ☐ Folgeantrag ☐

Hiermit beantrage ich/beantragen wir als Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:		
PLZ, Ort:		
Straße:		
Staatsangehörigkeit:		
Telefon/E-Mail:		

alleinerziehend:	ja ☐		nein ☐
alleiniges Sorgerecht:	ja ☐	**Bitte Nachweis erbringen!**	nein ☐
paritätisches Wechselmodell:	ja ☐	**Bitte Nachweis erbringen!**	nein ☐
Pflegekind:	ja ☐	**Bitte Nachweis erbringen!**	nein ☐
Asylbewerber:	ja ☐		nein ☐

für folgendes Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ für Klassenstufe: _____

Anschrift gewöhnlicher Aufenthalt: _____

Staatsangehörigkeit: _____

einen Betreuungsplatz mit Wirkung vom _____ **mit einem Förderumfang von**
bitte Datum eintragen!

ab Einschulungsjahrgang 2026/2027	**Hort**
Ganztagsplatz	☐ bis 30 h/wöchentlich
Teilzeitplatz	☐ bis 18 h/wöchentlich*
10-Stunden-Platz	☐ bis 10 h/wöchentlich**

* Für alle Kinder, die ab dem Schuljahr 2026/2027 die erste Jahrgangsstufe besuchen, besteht ein Rechtsanspruch auf Ganztagsförderung in öffentlich geförderten Kindertageseinrichtungen. Dieser Rechtsanspruch umfasst die Betreuung von 18 Wochenstunden im Hort.
** Auf Wunsch der Eltern, kann die Förderung auch in einem Umfang von 10 Wochenstunden in Anspruch genommen werden

vor Einschulungsjahrgang 2026/2027	**Hort**
Ganztagsplatz	☐ bis 30 h/wöchentlich
Teilzeitplatz	☐ bis 15 h/wöchentlich

Nach Abhängigkeit vom Einschulungsjahrgang des o.g. Kindes bitte nur eine Tabelle mit der gewünschten Stundenförderung ausfüllen!

Angaben zu weiteren im Haushalt lebenden Kindern, die in einer Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle betreut werden:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Besuchte Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

gewünschte Kindertageseinrichtung _____

Bestätigung der Kindertageseinrichtung:

Die Betreuung ist möglich ☐ nicht möglich ☐

Die erteilte Kapazität laut gültiger Erlaubnis für den Betrieb einer Kindertageseinrichtung wird nicht überschritten.

…… ……

Ort und Datum Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift der Einrichtung

Datenschutzrechtlicher Hinweis:
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (gemäß §§ 67 und 69 SGB X). Sie haben das Recht auf Auskunft zu den gespeicherten Daten und einen Anspruch auf Berichtigung.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben. Sie können diese auf dem Internetauftritt des Landkreises https://www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de/ unter dem Pfad >Unser-Landkreis>Landratsamt>Fachämter>Jugendamt>KiföG>Gesetzliche_Grundlagen einsehen und herunterladen.

Erklärung der/des Antragstellerin/Antragstellers

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir, dass die Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte umgehend mitzuteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir bei falschen Angaben rückwirkend zur vollen Kostenerstattung des beanspruchten Hortplatzes herangezogen werde/n.

Eine Übermittlung der Angaben aus dem Antrag erfolgt nur an die Stellen, die sie zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben benötigen. Ich bin/Wir sind mit der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten einverstanden.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die notwendigen Daten meines/unseres Kindes und der Bewilligungsbescheid über die bedarfsgerechte Inanspruchnahme eines Betreuungsplatzes an die zuständige Wohnsitzgemeinde und den Träger der Kindertageseinrichtung weitergeleitet werden.

Mir/Uns ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle notwendigen Unterlagen beigebracht sind.

Diesem Antrag sind die Anlagen vollständig ausgefüllt beizulegen.

Die Unterschrift gilt für den Antrag sowie für die vorstehende Erklärung.

_____ _____

Ort, Datum **rechtsverbindliche Unterschrift der Personensorgeberechtigten**

Name des Kindes: _____ Anlage I

Nachweis zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r: _____

1. Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt: _____ Stunden

Beginn der Arbeitsaufnahme/das Arbeitsverhältnis besteht seit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Beginn der Arbeitsaufnahme nach der Elternzeit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Befristung des Arbeitsverhältnisses: ☐ ja ☐ nein

_____
Bitte genaues Datum angeben.

Arbeitsort: _____

Bestätigung Arbeitgeber _____
Stempel und Unterschrift

2. Ich befinde mich in einer Maßnahme: von: _____ bis: _____

☐ der Bundesagentur für Arbeit

☐ des Jobcenters

☐ berufliche Weiterbildungsmaßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III
☐ Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III
☐ Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Reha) nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 112 ff. SGB III i.V.m. § 33 und §§ 44 ff. SGB IX

Bestätigung Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit: _____
Stempel und Unterschrift

3. Ich befinde mich in einer Fortbildung: von: _____ bis: _____

Bestätigung des Trägers der Fortbildung: _____
Stempel und Unterschrift

4. Ich befinde mich in einer Ausbildung: von: _____ bis: _____

Bestätigung der Ausbildungseinrichtung: _____
Stempel und Unterschrift

5. Ich bin selbstständig. ☐ ja

6. Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student. ☐ ja
Bitte Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung einreichen.

7. Ich befinde mich in der Elternzeit. ☐ ja
Bitte Elterngeldbescheid einreichen.

8. Sonstige Gründe. ☐ ja
Bitte ärztliches Attest beibringen, bzw. sozialpädagogische Gründe erläutern.

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der o. g. Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, Sachgebiet Kindertagesförderung, umgehend mitzuteilen.
Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben rückwirkend zur Kostenerstattung des beanspruchten Betreuungsplatzes herangezogen werde.

_____ _____
Datum Unterschrift Personensorgeberechtigter

Name des Kindes: _____ Anlage II

Nachweis zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r: _____

1. Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt: _____ Stunden

Beginn der Arbeitsaufnahme/das Arbeitsverhältnis besteht seit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Beginn der Arbeitsaufnahme nach der Elternzeit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Befristung des Arbeitsverhältnisses: ☐ ja ☐ nein

_____
Bitte genaues Datum angeben.

Arbeitsort: _____

Bestätigung Arbeitgeber _____
Stempel und Unterschrift

2. Ich befinde mich in einer Maßnahme: von: _____ bis: _____

☐ der Bundesagentur für Arbeit

☐ des Jobcenters

- ☐ berufliche Weiterbildungsmaßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III
- ☐ Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III
- ☐ Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Reha) nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 112 ff. SGB III i.V.m. § 33 und §§ 44 ff. SGB IX

Bestätigung Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit: . _____
Stempel und Unterschrift

3. Ich befinde mich in einer Fortbildung: von: _____ bis: _____

Bestätigung des Trägers der Fortbildung: _____
Stempel und Unterschrift

4. Ich befinde mich in einer Ausbildung: von: _____ bis: _____

Bestätigung der Ausbildungseinrichtung: _____
Stempel und Unterschrift

5. Ich bin selbstständig. ☐ ja

6. Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student. ☐ ja
Bitte Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung einreichen.

7. Ich befinde mich in der Elternzeit. ☐ ja
Bitte Elterngeldbescheid einreichen.

8. Sonstige Gründe. ☐ ja
Bitte ärztliches Attest beibringen, bzw. sozialpädagogische Gründe erläutern.

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der o. g. Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, Sachgebiet Kindertagesförderung, umgehend mitzuteilen.
Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben rückwirkend zur Kostenerstattung des beanspruchten Betreuungsplatzes herangezogen werde.

_____ _____
Datum Unterschrift Personensorgeberechtigter