

Bestätigung der/des Erziehungsberechtigte*n über die Notwendigkeit der Notversorgung

Name der KiTa/Krippe	
Name des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Name der/des ersten Erziehungsberechtigten	
Berufsgruppe/ Berufsbezeichnung der/des ersten Erziehungsberechtigten	
Dienststelle Adresse	
Name der/des zweiten Erziehungsberechtigten	
Berufsgruppe der/des zweiten Erziehungsberechtigten	
Dienststelle Adresse	
Betreuungsbedarf in der Zeit vonbisan folgenden Tagen	Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Uhrzeit einfügen
Notfallkontakt/ Handynummer	

- Hiermit erkläre ich/wir, _____, dass ich/wir zu der Funktionsträger*innengruppe gemäß der Liste nach Nummer _____ gehöre und keine häusliche Betreuung ermöglichen kann.
- Hiermit erkläre ich, dass ich alleinerziehend bin und keine häusliche Betreuung ermöglichen kann.

Datum, Unterschrift

Erklärung der/des Erziehungsberechtigten:

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich verpflichte mich, alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Für die beantragten Leistungen werden die angegebenen persönlichen Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet. 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 mit der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten