



Soziale Dienste

Hauptstrasse 10
 5616 Meisterschwanden
 Telefon 056 667 66 61
 Soziale.dienste@meisterschwanden.ch

Gemeindekanzlei

Schilligasse 1
 5614 Sarmenstorf
 Telefon 056 667 93 93
 Telefax 056 667 93 94
 gemeindekanzlei@sarmenstorf.ch
 www.sarmenstorf.ch

Antrag um Unterstützungsbeiträge für familienergänzende Kinderbetreuung

(Kinderbetreuungs-gesetz (KiBeG) vom 12. Januar 2016)

Gemäss Kinderbetreuungsreglement und Tarifordnung unterstützt die Gemeinde Sarmenstorf Erziehende einkommensabhängig mit Unterstützungsbeiträgen an die familienergänzende Kinderbetreuung.

Die Gemeinde Sarmenstorf arbeitet im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung mit der Gemeinde Meisterschwanden zusammen. Das Antragsformular ist daher vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit den erforderlichen Beilagen direkt an die **Sozialen Dienste, Hauptstrasse 10, 5616 Meisterschwanden**, zu senden. Die finanzielle Unterstützung erfolgt längstens drei Monate seit Antragstellung rückwirkend oder ab Beginn des Betreuungsverhältnisses, wenn dieses später erfolgt.

Personalien

	Person 1	Person 2
Name		
Vorname		
Strasse/Nr.		<input type="checkbox"/> Person 2 ist nicht Vater/Mutter des Kindes
PLZ/Ort		
Geburtsdatum		
Zivilstand		
Beruf		
Telefon		
E-Mail		

Personalien aller im Haus lebender Kinder

Vorname/Name Kind	Geburtsdatum

Erwerbstätigkeit/Ausbildung

Person 1

<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> arbeitslos (RAV) Pensum total in % _____																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zeit von/bis</th> <th>Ort</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montag</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dienstag</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mittwoch</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Donnerstag</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Freitag</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unregelmässig</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arbeitgeber mit Adresse</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Zeit von/bis	Ort	Montag	<input type="checkbox"/>	Dienstag	<input type="checkbox"/>	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	Donnerstag	<input type="checkbox"/>	Freitag	<input type="checkbox"/>	Unregelmässig	<input type="checkbox"/>	Arbeitgeber mit Adresse	
Zeit von/bis	Ort																
Montag	<input type="checkbox"/>																
Dienstag	<input type="checkbox"/>																
Mittwoch	<input type="checkbox"/>																
Donnerstag	<input type="checkbox"/>																
Freitag	<input type="checkbox"/>																
Unregelmässig	<input type="checkbox"/>																
Arbeitgeber mit Adresse																	

Person 2

<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> arbeitslos (RAV) Pensum total in % _____
--

		Zeit von/bis	Ort
Montag	<input type="checkbox"/>		
Dienstag	<input type="checkbox"/>		
Mittwoch	<input type="checkbox"/>		
Donnerstag	<input type="checkbox"/>		
Freitag	<input type="checkbox"/>		
Unregelmässig	<input type="checkbox"/>		
Arbeitgeber mit Adresse			

Bezieht jemand in Ihrem Haushalt materielle Hilfe? ja nein

Betreuungsbeiträge des Arbeitgebers oder von Dritten

(Bitte ohne Familien- oder Kinderzulagen angeben)

Erhalten Sie Beiträge von Arbeitgebern oder von Dritten für die Kinderbetreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Betrag	Fr. _____ <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Monat
Falls ja, Name des Arbeitgebers/Beitragszahlers	

Quellensteuer

Werden Sie quellenbesteuert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------------------	---

Meldepflicht und Einverständniserklärung

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass dieser Antrag vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt ist. Sie verpflichten sich, Änderungen des Arbeitspensums, des Einkommens oder des Betreuungsumfangs innert Monatsfrist den Sozialen Diensten Meisterschwanden zu melden.

Sie stimmen zu, dass die Sozialen Dienste Meisterschwanden alle relevanten Auskünfte und weitere Unterlagen zur Berechnung der Beiträge bei den zuständigen Steuerämtern und Einwohnerdiensten einholen darf. Sie nehmen zur Kenntnis, dass ungerechtfertigt bezogene Beiträge zurückgefordert werden. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift

Person 1

Person 2

Erforderliche Beilagen

- Kopie Betreuungsvereinbarung / Kopie Anmeldebestätigung / Rechnungen, falls vorhanden
- Kopie der aktuellsten Steuerveranlagung inklusive Details zur Steuerveranlagung
- Bestätigung/en des/r Arbeitgeber/s über Ihr aktuelles Pensum
- Bestätigung/en des/r Arbeitgeber/s über Beiträge an die Betreuung

Legen Sie Kopien von diesen Dokumenten bei, wenn es auf Ihre Situation zutrifft:

- Bestätigung Teilnahme an der Eingliederungsmassnahme, RAV-Kurse, RAV-Taggeldabrechnung
- Ausbildungsbestätigung oder Immatrikulationsbestätigung (Studium)
- Selbständigerwerbende: Anschlussbestätigung Ausgleichskasse
- Bescheinigung des kant. Steueramtes über Quellensteuerabzug
- Aktueller Einkommens- und Vermögensnachweis für quellenbesteuerte Personen
- Ärztliche Bescheinigung
- allfällige weitere Unterlagen, die Ihre Angaben im Antrag belegen

Einsenden an:

Soziale Dienste Meisterschwanden, Hauptstrasse 10, 5616 Meisterschwanden

Betreuungsumfang

Dieses Formular muss pro Kind ausgefüllt werden

Personalien

Name	
Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	

Personalien Kind

Name/Vorname	
Geburtsdatum	

Adresse der Betreuungsinstitution

Name und Adresse Kita	
Name und Adresse Tagesstrukturen	
Name und Adresse Tagesfamilie	

Betreuungstage

Tag	Zeit von/bis	Bemerkungen
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
andere		

Ort, Datum

Unterschrift

Person 1

Person 2