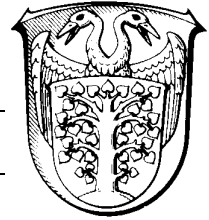


STADT LINDEN

Der Magistrat



Magistrat der Stadt Linden
Kitaverwaltung
Konrad-Adenauer-Straße 25
35440 Linden

Nachweis zur Feststellung des Betreuungsbedarfes

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Einrichtung (wenn bereits vorhanden)

gewünschter Aufnahmetermin

besucht seit

Platz Art

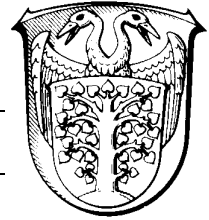
☐ Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, dass wir kein Betreuungsgeld für das unterdreijährige Kind erhalten.

Alleinerziehend: ja ____ nein ____ (bitte Arbeitsbescheinigung von beiden Elternteilen vorlegen)

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte

STADT LINDEN

Der Magistrat



Kindesmutter/Kindesvater

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

bei

Firma /Organisation

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner (Name, E-Mail, Telefon):

für _____ Stunden pro Woche

an _____ Tagen pro Woche

Für folgende wöchentlichen Arbeitszeiten (bei Teilzeit bitte Uhrzeit eintragen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					

(Bei Schichtarbeit ist zusätzlich ein Monatsschichtplan vorzulegen)

- ☐ bis zum _____ befristet angestellt ist / an der Maßnahme teilnimmt.
☐ unbefristet beschäftigt ist.

Firmenstempel

Datum, Unterschrift