

Familienergänzende Kinderbetreuung Gesuch um Ausrichtung eines Gemeindebeitrags

Angaben zum Kind

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	
Name und Ort der Betreuungseinrichtung:			
Betreuungsvertrag ab Datum:			

Personalien der Eltern und Lebenspartner

	Elternteil A	Elternteil B oder Lebenspartner/in im gemeinsamen Haushalt
Name		
Vorname		
AHV-Nr.	756.	756.
Zivilstand		
Telefon P		
Telefon G		
Mobile		
E-Mail		
Art der Steuerpflicht	<input type="checkbox"/> Steuerrechnung <input type="checkbox"/> Quellensteuer Steueradress-Nr.:	<input type="checkbox"/> Steuerrechnung <input type="checkbox"/> Quellensteuer Steueradress-Nr.:
Adresse		PLZ/Ort:
Wohnhaft seit		Falls weniger als zwei Jahre, Zuzug von:

Kinder, die im gleichen Haushalt leben

(unmündige Kinder bis 18 Jahre, mündige Kinder bis 25 Jahre, sofern sie in Erstausbildung sind: bitte Ausbildungsnachweis beilegen)

Name	Vorname	Geburtsdatum

Beiträge Dritter an die Kinderbetreuung

 Erhalten Sie Beiträge an die Kinderbetreuung, die **nicht steuerpflichtig** sind?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Beitrag pro Monat	CHF
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----

Begründung für den Anspruch auf einen Gemeindebeitrag an die Kinderbetreuung (zutreffendes bitte ankreuzen)

	Elternteil A	Elternteil B oder Lebenspartner/in im gemeinsamen Haushalt
berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber		
Adresse Arbeitgeber		
Name/Tel. Kontaktperson		
Arbeitspensum in %		

In Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezeichnung der Ausbildung /Pensum Woche		
Ausbildungsort		
Beginn + Ende		

Erwerbslos (RAV Bestätigung beilegen)	<input type="checkbox"/>	Beginn:	<input type="checkbox"/>	Beginn:
Adresse RAV				
Name/Tel. Kontaktperson				

Soziale Indikation Besteht ein sozialer oder medizinischer Grund für die Kinderbetreuung? (Bitte Gründe angeben und gemäss Tarifordnung Kinderbetreuung evtl. Nachweis beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja
Wer kann die soziale / medizinische Indikation bestätigen (z.B. Arzt, Fachstelle)? Bitte Kontaktadresse angeben	
Name der Stelle	Kontaktperson
Adresse / Ort	Telefon

Zahlungsverbindung

Name des Finanzinstituts	
IBAN-Nr.	
Name Kontoinhaber/in	

Vollmacht

Die Eltern bzw. Lebenspartner/in geben mit der Unterzeichnung dieses Gesuches der Abteilung Soziale Dienste und den Abteilungen Steuern (bzw. der Sektion Quellensteuern der kantonalen Steuerverwaltung), Finanzen und Einwohnerdienste sowie der jeweiligen Betreuungsinstitution die Ermächtigung, die zur Berechnung der finanziellen Unterstützung notwendigen Daten zu ermitteln und auszutauschen.

Elternteil A
Elternteil B oder Lebenspartner/in

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Beilagen (Kopien):

- Betreuungsvertrag
- Letzte definitive Steuerveranlagung oder Bescheinigung des kant. Steueramtes (Quellenbesteuerte)
- Trennungs-/Scheidungs Urteil
- Arbeitsvertrag / Bescheinigung Ausbildungsstätte / Verfügung Arbeitslosenversicherung
- Lohnausweise und Lohnabrechnungen der letzten 6 Monate