

Erklärung zur Feststellung eines sozial gestaffelten Krippen-/ Kindergartenbeitrages

Eingangsstempel/ Vermerke

Gemeinde Edewecht
z.Hd. Frau Koch
Rathausstraße 7

26188 Edewecht

Name des Kindes in der Krippe/im Kindergarten

Geburtsdatum des Kindes

Vor- und Nachname der Mutter

Vor- und Nachname des Vaters

Anschrift (Straße, Wohnort)

Telefon

E-Mail-Adresse

Name der Krippe/ des Kindergarten

Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder

Einkommensermittlung	
a)	Wir verzichten auf die Einkommensermittlung und erklären uns mit einer Einstufung zum Höchstsatz einverstanden! <input type="checkbox"/> Ja (Weiter mit Unterschrift) <input type="checkbox"/> Nein (Weiter mit b)
b)	Wir erhalten in 2016 oder 2017 Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) oder ALG II und werden somit automatisch der niedrigsten Einkommensstufe zugeteilt! <input type="checkbox"/> Ja (Bescheid beifügen, weiter mit Unterschrift) <input type="checkbox"/> Nein (Weiter mit c)
c)	Wurden Sie 2014 zur Einkommenssteuer veranlagt, bzw. wurde ein Lohnsteuerjahresausgleich durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja (Steuerbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
	Verfügten Sie in 2014 über Einkünfte aus nichtversicherungspflichtiger Beschäftigung bzw. Nebentätigkeit? <input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
	Bezogen Sie in 2014 eine der nachfolgend genannten Leistungen? (Entsprechende Nachweise bitte beifügen)
Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitslosenunterstützung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Renteneinkünfte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Einkünfte (z.B. Elterngeld)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird von mir / uns versichert.

Datum, Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten