

Erklärung zur Feststellung einer sozial gestaffelten Krippen-/ Kindergartengebühr

Eingangsstempel/ Vermerke

Gemeinde Edewecht
z.Hd. Frau Biz
Rathausstraße 7

26188 Edewecht

Name des Kindes in der Krippe/ im Kiga

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 2020 oder 2021 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)	Verfügten Sie 2020 über Einkünfte aus versicherungspflichtiger Beschäftigung? <input type="checkbox"/> Ja (z.B. Gehaltsabrechnung Dezember 2020 beifügen) <input type="checkbox"/> Nein																	
	Verfügten Sie in 2020 über Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit? <input type="checkbox"/> Ja (Steuerbescheid 2020 /Gewinn-Verlust-Rechnung 2020 beifügen) <input type="checkbox"/> Nein																	
	Verfügten Sie in 2020 über Einkünfte aus nichtversicherungspflichtiger Beschäftigung bzw. Nebentätigkeit? <input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein																	
	Bezogen Sie in 2020 eine der nachfolgend genannten Leistungen? (Entsprechende Nachweise bitte beifügen)																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Mutterschaftsgeld</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Elterngeld</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Krankengeld</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Arbeitslosengeld</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Renteneinkünfte</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Sonstige Einkünfte (z.B. Unterhalt)</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Renteneinkünfte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Einkünfte (z.B. Unterhalt)	<input type="checkbox"/> Ja
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																
Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																
Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																
Renteneinkünfte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																
Sonstige Einkünfte (z.B. Unterhalt)	<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

Stand: 18.03.2021