

| | |
|-----------------|--|
| Name des Kindes | |
| Einrichtung | |



DRK Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V.
 Bereich Kitaverwaltung
 Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 37-38
 15517 Fürstenwalde

E-mail: kitaverwaltung@drk-mohs.de

Einrichtung:

Stempel der Einrichtung oder händisch eintragen

Verbindliche Erklärung zum Elterneinkommen

- Veränderungsmitteilung -

Bitte senden sie die Erklärung bevorzugt per E-mail oder postalisch, an o.g. Anschrift des DRK Kreisverbandes.

Auf der Grundlage des § 17 Kita-Gesetzes des Land Brandenburg in der derzeit gültigen Fassung sowie der jeweilig geltenden „Elternbeitragsordnung des DRK Kreisverbandes Märkisch – Oder – Havel – Spree e.V.“ werden Sie zur teilweisen Deckung der Betriebskosten der Kita mit herangezogen. Die Höhe des Elternbeitrags bemisst sich nach Ihrem Jahreseinkommen. Um den Elternbeitrag berechnen zu können, werden Sie gebeten die nachfolgende Erklärung abzugeben und entsprechende Nachweise über Ihr Einkommen vorzulegen.

Veränderungsmeldung im laufenden Kalenderjahr

§ 5 (7) der Elternbeitragsordnung

„Maßgeblich ist das Einkommen in dem Kalenderjahr, welches dem laufenden Kalenderjahr vorausgegangen ist, es sei denn, es wird im laufenden Kalenderjahr ein geringeres oder höheres Einkommen (**Einkommensabweichung über 20%**) nachgewiesen.“

1. Persönliche Angaben

| Angaben zum Kind: | | |
|----------------------------------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort) | | |

- Es besteht gemeinsames Sorgerecht (Nachweis bei unverheirateten Eltern erforderlich)
- Es besteht alleiniges Sorgerecht (**Sorgerechtserklärung erforderlich**)
- Das Kind lebt im „Wechselmodell“. (**bitte Meldebescheinigung beider PSB vorlegen**)
- Das Kind lebt in Vollzeitpflege bei den Pflegeeltern. (Nachweis erforderlich)

| Angaben des Personensorgeberechtigten (PSB) 1: | | |
|--|---------|--------------------------|
| Name | Vorname | Verhältnis zum o.g. Kind |
| Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort) wenn abweichend | | |
| Telefonnummer und E-mail-Adresse | | |

| Angaben des Personensorgeberechtigten (PSB) 2: | | |
|--|---------|--------------------------|
| Name | Vorname | Verhältnis zum o.g. Kind |
| Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort) wenn abweichend | | |
| Telefonnummer und E-mail-Adresse | | |

| | |
|-----------------|--|
| Name des Kindes | |
| Einrichtung | |

2. Berechnung des Jahreseinkommens der Personensorgeberechtigten

freiwillig Höchstbeitrag (*keine Nachweise erforderlich*)

* Den jeweiligen Höchstbeitrag für Ihre Kindertageseinrichtung entnehmen Sie bitte der Platzkostentabelle. Diese finden Sie auf der Homepage des DRK/Angebote/Kindertageseinrichtungen.

Unterlagen zur Elternbeitragsberechnung (*Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen*)

* Einkünfte, welche nicht zum Einkommen gehören, können Sie der Elternbeitragsordnung §5 (5) entnehmen. Diese finden Sie auf der Homepage des DRK/Angebote/Kindertageseinrichtungen.

| | PSB 1 | PSB 2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einkommensteuerbescheid (ausschließlich als Nachweis erhöhter Werbungskosten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • aktuelle Leistungsbescheide (Kinderzuschlag, ALG II, Asylbewerberleistungen, Wohngeld, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einkünfte aus Gewerbebetrieb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bafög / BAB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Renten und Pensionen, Waisenrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unterhaltsleistungen, Unterhaltsvorschuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mutterschaftsgeld (Krankenkasse <u>und</u> Arbeitgeber) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Elterngeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abfindungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • private Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Unterschrift PSB I

Unterschrift PSB II