

Landkreis Vorpommern-Greifswald
Die Landrätin
Jugendamt
Postfach 11 32
17464 Greifswald

ANTRAG

auf die Erteilung der Erlaubnis für den Betrieb einer Kindertageseinrichtung (Kita)
gemäß § 45 ff. SGB VIII und § 15 des Vierten Gesetzes zur Förderung von
Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege (4. ÄnG KiföG M-V) vom 16.07.2013

1. Name und Anschrift des Trägers:

Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Gesetzliche/r Vertreter/in:	
Dach- oder Spitzenverband:	

2. Name und Anschrift der Einrichtung:

Aktenzeichen:	
Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Leiter/in:	

3. Art der Einrichtung gemäß § 2 KiföG M-V (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|-------------------------|--|
| Kinderkrippe | Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten, Hort) |
| Kindergarten | Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten) |
| Hort | Kindertagesstätte (Kindergarten, Hort) |
| integrative Einrichtung | |

4. Öffnungszeiten:

5. Grund der Antragstellung (Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|-------------------------|
| Neueröffnung | Erweiterung/Reduzierung |
| Strukturveränderung | Trägerwechsel |
| Ablauf der Befristung | Änderung der Anschrift |
| Ausweichobjekt | Sonstiges: |
| Änderung/Erweiterung des Raumangebotes | |

6. Beantragte Kapazität mit Wirkung vom:

--

	Altersgruppe		
Plätze gesamt	Plätze ab vollendetem Lebensmonat bis zu 3 Jahren	Plätze 3. Lebensjahr bis Schuleintritt	Plätze schulpflichtiges Alter bis 10/11 Jahren

7. Vorgesehene Gruppenstruktur:

8.1 Regelgruppen	Gruppenstärke	davon Krippenkinder	davon Kindergartenkinder	davon Hortkinder			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
8.2 Integrative Gruppen/ Sondergruppen Einzelintegration	Gruppenstärke	davon Krippenkinder		davon Kindergartenkinder		davon Hortkinder	
		gesamt	Kinder mit Behinderung	gesamt	Kinder mit Behinderung	gesamt	Kinder mit Behinderung
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Der Träger erklärt, dass er bei der Besetzung von Stellen dafür Sorge trägt, dass die MitarbeiterInnen die Prinzipien der freiheitlich demokratischen Grundordnung anerkennen.

Der Träger ist anerkannter Träger der freien Jugendhilfe gemäß § 75 SGB VIII.

_____ rechtverbindliche Unterschrift und Stempel des Trägers

8. Meldung zum Personal (Leiter/in)

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Art der Beschäftigung	Wöchentl. Arbeitszeit in - in Stunden -		Ein aktuelles Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 (5) u. § 30a (1) BZRG wurde vom Träger eingesehen und enthält keine Eintragung
				Grundaus- Bildung	Zusatzausbildungen		Leitung*	Gruppen- arbeit	

Leistungsqualifikation Gemäß § 10 (8) Kifög M-V	Ja	Nein	in Ausbildung	Abschlussstermin	Angemeldet am / Bildungsträger

Fachkräfte

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden - gesamt -	Anteil mittelbare päd. Arbeit nach § 10 (5) Kifög M-V -in Stunden-		Ein aktuelles Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 (5) u. § 30a (1) BZRG wurde vom Träger eingesehen und enthält keine Eintragung
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen				
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden - gesamt -	Anteil mittelbare päd. Arbeit nach § 10 (5) Kifög M-V -in Stunden-		Ein aktuelles Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 (5) u. § 30a (1) BZRG wurde vom Träger eingesehen und enthält keine Eintragung
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen				
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									

Assistenzkräfte

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Art der Beschäftigung	Wöchentl. Arbeitszeit in Std.	
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen			
1.								
2.								
3.								

Zusätzliche Kräfte

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Art der Beschäftigung	Wöchentl. Arbeitszeit in Std.	
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen			
1.								
2.								
3.								

Hauswirtschaftliche, technische und Verwaltungsmitarbeiterinnen/er

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss	Art der Beschäftigung (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)	Art der Beschäftigung	Wöchentl. Arbeitszeit in Std.	
1.								
2.								

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift
(Träger der Einrichtung) _____

Stempel und Unterschrift
(Leiter/in der Einrichtung) _____