

Von der Verm. Stelle auszufüllen:

Eingangsdatum/ Kürzel

## Antrag auf Gewährung von Kindertagespflege gem. § 23 SGB VIII

Hiermit beantrage/n ich/wir die Gewährung von Kindertagespflege gem. 23 SGB VIII für das Kind:

Name

Vorname

Geb. Dat.

Geb. Ort

Geschlecht: männlich  weiblich  divers

Das Kind lebt im Haushalt von: Mutter  Vater  Eltern  sonstige

### Personaldaten der Eltern

#### Mutter

#### Vater

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geb. Dat.:

Geb. Dat.:

Geb. Ort:

Geb. Ort:

Staatsangehörigkeit:

Staatsangehörigkeit:

Fam. Stand:

Fam. Stand:

Inhaber/in der elterlichen Sorge: ja  nein  Inhaber/in der elterlichen Sorge: ja  nein

#### Anschrift

#### Anschrift (falls abweichend von Mutter)

Straße:

Straße:

Hausnummer:

Hausnummer

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Tel. Nr:

Tel. Nr.

Festnetz:

Festnetz:

Mobil:

Mobil:

evtl. dienstl.:

evtl. dienstl.:

E-Mail:

E-Mail:

**Betreuungsbedarf ab:**

\_\_\_\_\_

(Tag/Monat/Jahr)

Die Betreuung soll im Haushalt der Tagespflegeperson erfolgen

Die Betreuung soll in meinem Haushalt erfolgen

Ich beantrage folgende Zeiten:

<b>Vollzeitbetreuung</b> <input type="checkbox"/>	<b>Vollzeitbetreuung außerhalb der Kernzeiten</b> <input type="checkbox"/>
(Betreuung innerhalb der Kernzeit zwischen 7:30 Uhr und 17:00 Uhr an fünf Tagen pro Woche, im maximalen Umfang von 47,5 Stunden pro Woche)	Von _____ Uhr bis _____ Uhr. Der Bedarf ist nachzuweisen.

<b>Teilzeitbetreuung I</b> <input type="checkbox"/>	<b>Teilzeitbetreuung I außerhalb der Kernzeiten</b> <input type="checkbox"/>
(Betreuung innerhalb der Kernzeit zwischen 7:30 Uhr und 17:00 Uhr an fünf Tagen pro Woche, im maximalen Umfang von 37,5 Stunden pro Woche)	Von _____ Uhr bis _____ Uhr. Der Bedarf ist nachzuweisen.

<b>Teilzeitbetreuung II</b> <input type="checkbox"/>	<b>Teilzeitbetreuung II außerhalb der Kernzeiten</b> <input type="checkbox"/>
(Betreuung innerhalb der Kernzeit zwischen 7:30 Uhr und 17:00 Uhr an fünf Tagen pro Woche, im maximalen Umfang von 27,5 Stunden pro Woche)	Von _____ Uhr bis _____ Uhr. Der Bedarf ist nachzuweisen.

<b>Kindertagespflege außerhalb der Kernzeiten (nur als ergänzende Betreuung zum Besuch einer Kindertagesstätte, Schule, Schulbetreuung oder zur Vollzeitbetreuung Kindertagespflege)</b> <input type="checkbox"/>
Betreuungsbeginn oder Betreuungsende liegen außerhalb der Kernzeiten der Kindertagespflege (vor 7:30 Uhr oder nach 17:00 Uhr). Der maximale Betreuungsumfang beträgt 12,5 Stunden pro Woche.

<b>Betreuung am Wochenende u./od. Feiertagen am Wochenende u./od. Feiertagen</b> <input type="checkbox"/>
im Rahmen der 5-tägigen Betreuungszeit <input type="checkbox"/>
als ergänzende Betreuung zu o.g. regulären Betreuung <input type="checkbox"/>
Anzahl der Samstage pro Monat: ____
Anzahl der Sonntage / Feiertage pro Monat: ____

<b>Übernachtung als zusätzlicher Bedarf zu o.g. Betreuung</b> <input type="checkbox"/>
(Betreuungszeit zwischen 17:00 Uhr und 7:30 Uhr, maximal 14,5 Std. pro Übernachtung. Der Bedarf ist nachzuweisen.)
Anzahl der Nächte pro Monat ____

Ich/Wir wurde/n darüber informiert, dass jede Änderung des Namens, der Anschrift, der Telefonnummer sowie einer Sorgerechtsregelung unverzüglich mitgeteilt werden muss. Bei Wegzug aus der Landeshauptstadt Wiesbaden entfällt deren örtliche Zuständigkeit.

Ich/Wir bin/sind über die Höhe des Kostenbeitrags und die Möglichkeit einer Antragstellung auf einen Zuschuss informiert.

Die entsprechenden Formulare wurden mir/ uns ausgehändigt.

Ich/wir sind darüber informiert, dass die Kündigungsfrist in der Kindertagespflege 2 Monate zum Monatsende beträgt. Sie beginnt mit der Erteilung des Bescheids über die Gewährung der Leistung.

Die Informationen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe/n ich/wir erhalten.

Datum:

Datum:

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten*

Die Unterschrift ist von beiden Erziehungsberechtigten erforderlich.

Ist nur ein Elternteil sorgeberechtigt, wird ein Nachweis über das alleinige Sorgerecht benötigt.



Landeshauptstadt Wiesbaden | 5103 05 | Postfach 39 20 | 65029 Wiesbaden

**Der Magistrat**  
**Amt für Soziale Arbeit**  
**Treffpunkt Kindertagespflege**  
 Bahnhofstraße 55 - 57  
 65185 Wiesbaden  
 Sachbearbeiter/in: Gabriele Bootz  
 Zimmer Nr.: 310  
 Telefon: 0611 / 31-5332  
 E-Mail: kindertagespflege@wiesbaden.de

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Unser Zeichen  
 510305

Datum  
 12.08.2021

## **Gesetz für den Schutz vor Masern und Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)**

Sehr geehrte Eltern,

seit dem 01.03.2020 ist das Masernschutzgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz soll den Schutz vor Masern in der Kindertagesbetreuung, in Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen sowie in medizinischen Einrichtungen fördern. Daher sieht es auch vor, dass alle Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr beim Eintritt in die Kindertagespflege, die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Masernimpfungen vorweisen.

Ihre Tagesmutter, Ihr Tagesvater ist daher verpflichtet zu prüfen, ob bei Ihrem Kind ein ausreichender Schutz vorliegt. Ein ausreichender Impfschutz besteht, wenn ab der Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen durchgeführt wurden.

Der Nachweis kann erbracht werden durch

- den Impfausweis,
- das gelbe Kinderuntersuchungsheft, oder
- ein ärztliches Attest darüber, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt oder aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

Sollte der Masernschutz bei Ihrem Kind nicht vorliegen, ist Ihre Tagesmutter/ Ihr Tagesvater verpflichtet, das Gesundheitsamt Wiesbaden unverzüglich zu unterrichten. Das Gesundheitsamt kann Sie zu einer Beratung laden und auf die Vervollständigung des Masernimpfschutzes hinwirken. Wird dem nicht nachgekommen, kann das zuständige Gesundheitsamt ein Betretungsverbot für die Kindertagespflege aussprechen sowie Bußgelder verhängen.

Im Kontext des Masernschutzgesetzes gibt es eine weitere Neuregelung zur Umsetzung des Kindergesundheitsschutzgesetzes Hessen, auf die wir Sie ebenfalls hinweisen möchten:

Unsere Servicezeiten:  
 montags, donnerstags, freitags:  
 9:00 Uhr - 12:00 Uhr  
 mittwochs: 09:00 Uhr - 18:00 Uhr

**Bankverbindungen der Stadt Wiesbaden:**  
 Nassauische Sparkasse Wiesbaden  
 IBAN: DE10510500150100000008 BIC: NASSDE55XXX  
 Postbank Frankfurt/Main  
 IBAN: DE74500100600002680608 BIC: PBNKDEFFXXX  
 Gläubiger-ID: DE58ZZZ00000004102  
 USt-ID: DE 113823704

Sammelnummer und Auskunft: 0611 31-0

## Nachweis bei Erstaufnahme in einer Kindertageseinrichtung

Nach § 34 Abs.10 a IfSG müssen Eltern bei der Erstaufnahme in einer Kindertageseinrichtung (hierzu gehört auch die Kindertagespflege) gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichender Impfschutz des Kindes erfolgt ist.

Das Land Hessen hat von seinem Landesrecht Gebrauch gemacht und festgelegt, dass die Eltern eines Kindes bei Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachweisen, dass das Kind alle, seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechende, öffentlich empfohlene Schutzimpfungen erhalten hat oder die Eltern schriftlich erklären, dass sie eine Zustimmung zu bestimmten Schutzimpfungen nicht erteilen.

In der Anlage erhalten Sie ein Muster der nach § 2 des Hessischen Kindergesundheitsschutzgesetzes (KiGesSchG He) erforderlichen Bescheinigung, die ebenfalls zur Dokumentation des Masernschutzes verwendet werden kann.


Wir bitten daher, Ihrer Kindertagespflegeperson die erforderlichen Nachweise vorzulegen und bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Weiterführende Informationen erhalten Sie auch über:

<https://soziales.hessen.de/gesundheit/infektionsschutz>

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag



Gabriele Bootz  
(Sachgebietsleitung)

- Anlage:  
Impfbescheinigung gemäß § 2 Kindergesundheitsschutzgesetz Hessen (KiGesSchG HE)

## Impfbescheinigung gemäß § 2 Kindergesundheitsschutzgesetz Hessen (KiGesSchG HE)

zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt:

Ja  Nein

Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.:

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

Ja  Nein

Impfungen gegen folgende Krankheiten **fehlen** o. wurden **unvollständig** durchgeführt:

- |  |                                      |                                     |  |                                    |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B     | <input type="checkbox"/> Rotavirus |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie    | <input type="checkbox"/> Hib         | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Pneumokokken    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Meningokokken C |                                    |

Ort,

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Arztstempel

### Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind.

Ich möchte **nicht**, dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind deshalb nach §§28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Datum

Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten

### Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:

- 2 Masernimpfungen\*       1 Masernimpfung\*\*       Immunität gegen Masern\*\*\*

#### Befreiung von einer Masern-Impfung:

Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:

--	--	--	--	--	--	--	--

Ort,

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Arztstempel

\* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

\*\* ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

\*\*\* serologischer Labornachweis