|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, VornameStraße, HausnummerPLZ, Ort |  | 13.02.2023AG-Nr.: NummerEintritt: MM/JJJJBeschäftigungsumfang in Bitte ausfüllen %**oder** Stunden pro Woche: Bitte ausfüllen Std. |
| Evang. RegionalverwaltungStarkenburg-OstHügelstraße 8964283 Darmstadt |  |
| **Antrag auf Leistungen aus dem Familienbudget 2022** Sehr geehrte Damen und Herren,hiermit beantrage ich Leistungen aus dem Familienbudget gemäß den Regelungen nach § 4 Abs. 5 ARR Familienbudget.**Ich wünsche einen schriftlichen Bescheid:** [ ]  **ja** [ ]  **nein**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl meiner Kinder bis 3 Jahre in einer Kindertagesstätte / Kinderkrippe:** | Bitte ausfüllen |
| Für die Monate (bitte die entsprechenden Monate anklicken) |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Jan.** | **Feb.** | **Mrz.** | **Apr.** | **Mai** | **Jun.** | **Jul.** | **Aug.** | **Sep.** | **Okt.** | **Nov.** | **Dez.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Anzahl meiner Kinder zwischen 3 und 7 Jahren in einem Kindergarten:** | Bitte ausfüllen |
| Für die Monate (bitte die entsprechenden Monate anklicken) |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Jan.** | **Feb.** | **Mrz.** | **Apr.** | **Mai** | **Jun.** | **Jul.** | **Aug.** | **Sep.** | **Okt.** | **Nov.** | **Dez.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl meiner Schulkinder zwischen 6 und 16 Jahren in pädagogischer****Nachmittagsbetreuung:** | Bitte ausfüllen |
| Für die Monate (bitte die entsprechenden Monate anklicken) |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Jan.** | **Feb.** | **Mrz.** | **Apr.** | **Mai** | **Jun.** | **Jul.** | **Aug.** | **Sep.** | **Okt.** | **Nov.** | **Dez.** |

**Name des zu betreuenden Kindes:** Bitte hier klicken um Namen einzugeben.

**Mein Kind wird in einer Evangelischen Einrichtung betreut:** [ ]  **ja** [ ]  **nein**

* **Bitte fügen Sie den Nachweis über die Betreuung inkl. der Höhe der Beträge bei.**
* **Ohne die entsprechenden Nachweise ist es uns leider nicht möglich Ihren Antrag**

 **zu berücksichtigen!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl der zu Hause gepflegten Angehörigen in Pflegegrad 1 + 2:** | Bitte ausfüllen  |
| Für die Monate (bitte die entsprechenden Monate anklicken) |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Jan.** | **Feb.** | **Mrz.** | **Apr.** | **Mai** | **Jun.** | **Jul.** | **Aug.** | **Sep.** | **Okt.** | **Nov.** | **Dez.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl der zu Hause gepflegten Angehörigen in Pflegegrad 3:** | Bitte ausfüllen  |
| Für die Monate (bitte die entsprechenden Monate anklicken) |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Jan.** | **Feb.** | **Mrz.** | **Apr.** | **Mai** | **Jun.** | **Jul.** | **Aug.** | **Sep.** | **Okt.** | **Nov.** | **Dez.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl der zu Hause gepflegten Angehörigen in Pflegegrad 4 + 5:** | Bitte ausfüllen |
| Für die Monate (bitte die entsprechenden Monate anklicken) |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Jan.** | **Feb.** | **Mrz.** | **Apr.** | **Mai** | **Jun.** | **Jul.** | **Aug.** | **Sep.** | **Okt.** | **Nov.** | **Dez.** |

**Name der zu pflegenden Person:** Bitte hier klicken um Namen einzugeben.

* **Bitte fügen Sie die Nachweise über den Pflegegrad bei.**
* **Ohne die entsprechenden Nachweise ist es uns leider nicht möglich Ihren Antrag**

 **zu berücksichtigen!**

* **Gibt es mehrere betreute Kinder oder zu pflegende Personen – geben Sie diese
bitte in einem gesonderten Blatt an.**

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_