|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname  Straße, Hausnummer  PLZ, Ort |  | 13.02.2023  AG-Nr.: Nummer  Eintritt: MM/JJJJ  Beschäftigungsumfang in   Bitte ausfüllen %  **oder** Stunden pro Woche:   Bitte ausfüllen Std. |
| Evang. Regionalverwaltung  Starkenburg-Ost  Hügelstraße 89  64283 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

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