**Bestätigung für Betreuungsgutscheine**

**🡒 Dieses Formular ist durch Betreuungseinrichtung auszufüllen**

Die Bestätigung ist vollständig ausgefüllt, gut leserlich und unterschrieben mit dem Antragsformular für Betreuungsgutscheine an das **Sozialamt Eschenbach, Oeggenringenstrasse 12, 6274 Eschenbach**, zu senden.

**Personalien Erziehungsberechtigte/r**

(Falls Sie mit einem/einer Lebenspartner/in zusammen wohnen tragen Sie bitte dessen/deren Personalien unter "2. Person" ein.)

**1. Person**

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum \_\_.\_\_.\_\_\_\_

**2. Person**

Name

Vorname

Geburtsdatum \_\_.\_\_.\_\_\_\_

**Bei einer Betreuungseinrichtung angemeldetes Kind oder Kinder**

**1. Kind**

Name

Vorname

Geburtsdatum \_\_.\_\_.\_\_\_\_

**2. Kind**

Name

Vorname

Geburtsdatum \_\_.\_\_.\_\_\_\_

**3. Kind**

Name

Vorname

Geburtsdatum \_\_.\_\_.\_\_\_\_

**4. Kind**

Name

Vorname

Geburtsdatum \_\_.\_\_.\_\_\_\_

**Angaben zum Betreuungsumfang**

Es können nur anerkannte und geprüfte Betreuungseinrichtungen berücksichtigt werden.

Name der Betreuungseinrichtung

Adresse / Ort

Kontaktperson

Telefon

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname des Kindes | Vereinbarter Beginn des Betreuungsverhältnisses (Datum) | Betreuungsumfang pro Woche(1/2 Tag = 10 Prozent) | Elternbeitrag pro Tag und Kind |
|       |       |       % | CHF       |
|       |       |       % | CHF       |
|       |       |       % | CHF       |
|       |       |       % | CHF       |

**Auszahlung der Betreuungsgutscheine**

Die Betreuungsgutscheine werden direkt an die Erziehungsberechtigten ausbezahlt.

**Bestätigung der Betreuungseinrichtung**

Die Betreuungseinrichtung bestätigt, dass eine Betreuungsvereinbarung mit der gesuchstellenden Person besteht oder dass ein Platz für das Kind zur Verfügung steht und dass alle Angaben wahrheitsgemäss gemacht wurden.

Die Betreuungseinrichtung muss jede Änderung des Betreuungsumfangs, die Beendigung oder die Nichtantretung des Betreuungsverhältnisses innert einer Woche nach der Änderung dem Sozialamt Eschenbach melden.

 Unterschrift Leitung der BE

Eschenbach, \_\_.\_\_.\_\_\_\_

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