

## SOZIALABTEILUNG

Oberhauserstrasse 25  
 Postfach  
 8152 Glattbrugg  
 Telefon 044/829 83 42  
 Telefax 044/829 82 11  
 E-Mail fekb@opfikon.ch  
 www.opfikon.ch

## Antrag Rabatt für die familienergänzende Kinderbetreuung im Vorschulalter

### A. Gesuchstellende Person/en

1. Personalien der Erziehungsberechtigten, die im gleichen Haushalt wohnen	
Falls Sie mit einem neuen Partner/einer neuen Partnerin im gleichen Haushalt zusammenwohnen (Konkubinät), tragen Sie dessen/deren Personalien bitte unter „2. Person“ ein.	
Person 1:	Person 2:
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Beruf _____	Beruf _____
Telefon _____	Telefon _____
E-Mail _____	E-Mail _____
Adresse _____	Adresse _____
PLZ / Ort _____	PLZ / Ort _____

2. Berufstätigkeit und Erwerbseinnahmen	
Person 1:	Person 2:
Erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ausbildung / Kurs	Erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ausbildung / Kurs
Anstellung <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig	Anstellung <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig
Befristet? <input type="checkbox"/> ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein	Befristet? <input type="checkbox"/> ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein
Arbeitspensum _____ % _____ h	Arbeitspensum _____ % _____ h
Arbeitgeber _____	Arbeitgeber _____
Adresse _____	Adresse _____
<b>Bei Anstellung:</b>	<b>Bei Anstellung:</b>
Monatslohn brutto CHF _____ <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13	Monatslohn brutto CHF _____ <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13
Stundenlohn brutto CHF _____	Stundenlohn brutto CHF _____
Gratifikation/Bonus CHF _____	Gratifikation/Bonus CHF _____
<b>Bei Selbständigkeit:</b>	<b>Bei Selbständigkeit:</b>
Reingewinn CHF _____	Reingewinn CHF _____
<b>Bei Nebenerwerb:</b>	<b>Bei Nebenerwerb:</b>
Monatslohn brutto CHF _____ <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13	Monatslohn brutto CHF _____ <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13
Stundenlohn brutto CHF _____	Stundenlohn brutto CHF _____
Gratifikation/Bonus CHF _____	Gratifikation/Bonus CHF _____



3. Arbeitstage										
	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
	Morgen	Nach-mittag	Morgen	Nach-mittag	Morgen	Nach-mittag	Morgen	Nach-mittag	Morgen	Nach-mittag
Arbeitstage Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstage Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B. Kind / Kinder

1. Kind/Kinder, für welche/s Beiträge beantragt werden	
<b>Kind 1:</b>	<b>Kind 2:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Kind 3:</b>	<b>Kind 4:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

2. Kind/Kinder, welche in anderen Institutionen (z.B. Hort) betreut werden	
<b>Kind 1:</b>	<b>Kind 2:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Institution _____	Institution _____
<b>Kind 3:</b>	<b>Kind 4:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Institution _____	Institution _____

## C. Betreuungsangebot

1. Betreuungsort		
<input type="checkbox"/> Bambi	<input type="checkbox"/> Bäretatze	<input type="checkbox"/> Creativa
<input type="checkbox"/> Fugu	<input type="checkbox"/> globegarden Glattpark	<input type="checkbox"/> Popcorn
<input type="checkbox"/> Purzelhuus	<input type="checkbox"/> Verein Tagesfamilien	<input type="checkbox"/> Zauberchiste
<input type="checkbox"/> Zwerglinge	<input type="checkbox"/> Andere _____	



2. Betreuungstage															
	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag		
	50%	80%	100%	50%	80%	100%	50%	80%	100%	50%	80%	100%	50%	80%	100%
Fremdbetreuung Kind/er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bedarfsangaben	
Betreuung per:	_____
Wie viele Tage	_____ ganz/e Tage (100%)
	_____ halbe/r Tag/e mit Mittagessen (80%)
	_____ halbe/r Tag/e ohne Mittagessen (50%)

## D. Ergänzende Angaben

1. Erhalten Sie...	
- wirtschaftliche Sozialhilfe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- vom Arbeitgeber oder Dritten Beiträge für die Kinderbetreuung?	<input type="checkbox"/> ja, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein
- Kinder- und/oder Familienzulagen?	<input type="checkbox"/> ja, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein
- Kinder- und/oder Ehegattenalimente (ALBV)	<input type="checkbox"/> ja, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein
- Taggelder (Arbeitslosen-, Kranken-, IV-Taggeld)	<input type="checkbox"/> ja, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein
- eine Rente und/oder Kinderrente? Bezeichnung: _____	<input type="checkbox"/> ja, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein
- Erwerbsersatz (Mutterschaft / Militär)?	<input type="checkbox"/> ja, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein

2. Weitere Einkünfte					
<b>Person 1:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Person 2:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja:			Wenn ja:		
Bezeichnung	_____		Bezeichnung	_____	
Betrag	CHF _____		Betrag	CHF _____	

3. Bemerkungen / Ergänzungen



## 4. Unterlagen

- Lohnabrechnungen der letzten drei Monate (Person 1 und 2)
- Steuererklärung des aktuellen Bemessungsjahres
- letzte definitive Steuerrechnung / Quellensteuerabrechnung
- Krippenvertrag / Bestätigung Krippe
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Mit der Unterschrift bestätige ich / bestätigen wir, dass

- Dieses Gesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt ist;
- Ich / wir vom Inhalt und den Bestimmungen der Beitragsverordnung der Stadt Opfikon über die familien- und schulergänzende Kinderbetreuung Kenntnis genommen habe/haben;
- Jede Änderung der Verhältnisse, welche den Wegfall, die Herabsetzung oder die Erhöhung der finanziellen Leistungen zur Folge haben kann, gemeldet werden muss. Die verspätete Meldung von Änderungen hat zur Folge, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Bei vorsätzlicher Verletzung der Meldepflicht bleiben die gesetzlichen Strafbestimmungen vorbehalten;
- Der zuständigen Berechnungsstelle die Erlaubnis erteilt wird, dass sie Einsicht in diejenigen Personendaten, insbesondere Steuerdaten der Stadtverwaltung Opfikon Einsicht nehmen darf, die für die Berechnung des Elternbeitrages notwendig sind. Sofern Sie den vollen Tarif zahlen, entfällt dieses Einsichtsrecht.

Ich / wir gestatte/n die Einsicht in die Personal- sowie insbesondere Steuerdaten der Stadtverwaltung Opfikon:

- ja       nein

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass jegliche Korrespondenz per E-Mail geführt wird (inkl. Versand Entscheide):

- ja       nein

### Unterschrift/en

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Person 1

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Person 2

### Antrag mit Beilagen senden an:

- [fekb@opfikon.ch](mailto:fekb@opfikon.ch) (als PDF) oder
- Sozialabteilung Opfikon, FEKB, Oberhauserstrasse 25, 8152 Glattbrugg

### Allgemeine Informationen

Die Stadt Opfikon bietet Eltern die Möglichkeit, Kinder zu einkommensabhängig subventionierten Tarifen in den Krippen oder dem Verein Tagesfamilien in Opfikon-Glattbrugg betreuen zu lassen. Dabei bleibt die Wahl des Betreuungsangebots den Eltern überlassen.

### Wichtige Informationen

Die Voraussetzungen auf den Anspruch eines subventionierten Krippenplatzes werden jährlich im Rahmen einer ordentlichen Überprüfung geprüft. Falls sich Ihre finanziellen und/oder persönlichen Verhältnisse während des laufenden Jahres – also zwischen zwei ordentlichen Überprüfungsterminen – ändern, sind Sie gesetzlich verpflichtet, die Veränderung der Sozialabteilung der Stadt Opfikon umgehend zu melden. Finanzielle Veränderungen betreffen insbesondere die Erhöhung des Einkommens und/oder des Vermögens. Veränderungen in den persönlichen Verhältnissen sind z. B. Wohnortwechsel, Stellenwechsel, Änderung des Arbeitspensums, usw.



## SOZIALABTEILUNG

Oberhauserstrasse 25  
 Postfach  
 8152 Glattbrugg  
 Telefon 044/829 83 42  
 Telefax 044/829 82 11  
 E-Mail fekb@opfikon.ch  
 www.opfikon.ch

## Mitteilung Austritt

1. Personalien	
<b>Person 1:</b>	<b>Person 2:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Telefon _____	Telefon _____
E-Mail _____	E-Mail _____
Adresse _____	Adresse _____
PLZ / Ort _____	PLZ / Ort _____

2. Kind/er	
<b>Kind 1:</b>	<b>Kind 2:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
<b>Kind 3:</b>	<b>Kind 4:</b>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____

3. Austritt	
Betreuungsort _____	
Austritt per _____	
Grund _____	

### Unterschrift/en

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Person 1 \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Person 2 \_\_\_\_\_

Bestätigung Krippe / Tagesfamilienverein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitteilung Austritt mit Unterschrift Krippe / Tagesfamilienverein senden an:  
 - fekb@opfikon.ch (als PDF) oder  
 - Sozialabteilung Opfikon, FEKB, Oberhauserstrasse 25, 8152 Glattbrugg

