

Fragebogen für Krippenplatz-Interessenten Anmeldung für einen Platz auf der Warteliste

Datum der ersten Kontaktaufnahme _____ Tel. persönlich
gesprächen mit _____ Internet

1 Personalien des/der Erziehungsverantwortlichen

Frau Herr

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Beruf: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel.-Nr. P: _____

Tel.-Nr. G: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

2 Grund der Platzierung

Kurs Ausbildung Arbeit
 Übergangslösung Notfall Andere _____

Schulungsort _____

Art der Weiterbildungsmaßnahme _____

Tätigkeit _____

3 Kurzinformationen über das Kind / die Kinder

Mädchen Junge

Name _____

Geburtsdatum _____

Mädchen Junge

Name _____

Geburtsdatum _____

Muttersprache: _____

Besonderheiten: _____

4 Verschiedene Fragen

Wer hat das Kind bis jetzt betreut? _____

Haben Sie sich schon bei anderen Krippen beworben? Ja Nein

Wenn „Ja“, wo? _____

Von wem haben Sie die Adresse unserer Krippe? _____

5 Informationen über die Familie und die Finanzierungsmöglichkeiten

Sind Sie alleinerziehend? Ja Nein

Wenn „Nein“, Beruf des Ehepartners _____

Sind Sie arbeitslos? _____

Seit wann? _____

Beziehen Sie Stempelgeld? _____

Wird die Familie von einem Amt unterstützt? Ja Nein

Wenn „Ja“, von welchem? Fürsorge
 Sozialamt /-hilfe
 Arbeitslosenhilfe
 Asylorganisation
Andere _____

Name der Bezugsperson _____

Wenn „Nein“ ist das Sozialdepartement zuständig → Tarif abhängig vom Einkommen.

Sind Sie Vollzahler? (Jährlich steuerbares Einkommen über CHF 100-120'000 ca.) Ja Nein

Wenn „Nein“, haben Sie bereits einen Subventionsantrag gestellt? Ja Nein

Wenn „Ja“, bitte Beitragsfaktor angeben → _____ %

Beitragsfaktor Subventionsbestätigungs-Nummer → _____

6 Zeitpunkt der Platzierung (Wunschtermin) Monat _____ Jahr _____

7 Zeitdauer der Platzierung

Von Monat/Jahr _____ bis Monat/Jahr _____

(Bring-/Abholzeit)

Von _____ Uhr bis _____ Uhr

	Morgen ab 6.45-11.30	mit Mittagessen bis 13.30/ab 11.45	Nachmittag ab 13.30-18.00
Mo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____/_____
Ort Datum

Unterschrift(en)