

Antrag auf Anerkennung des Betreuungsvertrages und auf Tarifsубventionen für die familienergänzende Kinderbetreuung

Erziehungsberechtigte(r) / Konkubinatspartner(in) ¹		Erziehungsberechtigte(r) / Konkubinatspartner(in)	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
AHV-Nr.		AHV-Nr.	
Zivilstand		Zivilstand	
Adresse		Adresse	
Anzahl Kinder ²			
Arbeitgeberbeitrag an die Betreuung (CHF pro Tag bzw. % des Tagestarif)			
Kontoangaben			
Name der Bank:			
IBAN-Nummer:			
Kontoinhaber/in:			

Informationen bezüglich Grund der Betreuung (Angaben in Prozent)

Erziehungsberechtigte(r) / Konkubinatspartner(in)		Erziehungsberechtigte(r) / Konkubinatspartner(in)	
Erwerbstätigkeit in %		Erwerbstätigkeit in %	
Ausbildung in %		Ausbildung in %	
auf Stellensuche (RAV-Anmeldung beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	auf Stellensuche (RAV-Anmeldung beilegen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bezug steuerbefreite Sozialhilfe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bezug steuerbefreite Sozialhilfe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

¹ Als Konkubinatspartner(in) gelten Lebenspartner(innen) der Antrag stellenden Person, wenn sie gemeinsame Kinder haben oder seit mehr als zwei Jahren im gleichen Haushalt leben.

² bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, die im selben Haushalt leben und sich in Ausbildung befinden, (gemäss Seite 1 der Steuererklärung)



Unser(e) Kind(er) wird/werden in folgender **Betreuungseinrichtung** betreut (Kopie Betreuungsvertrag beilegen):

Name und Ort der Betreuungseinrichtung	
--	--

Der **Betreuungsumfang** meines/unseres Kindes / meiner/unserer Kinder/ beträgt:

		Anzahl halbe Tage/Woche	Bezahlter Monatsarif	Anzahl ganze Tage/Woche	Bezahlter Monatsarif
Vorname Kind 1					
Vorname Kind 2					

Für die **Anerkennung des Betreuungsvertrags** ermächtige/n ich/wir die Abteilung Soziales und Gesundheit der Stadt Bülach, bei der oben aufgeführten Betreuungseinrichtung die Voraussetzungen für die Anerkennung zu prüfen.

Um die **Rabattberechtigung** festzustellen, ermächtige/n ich/wir die Abteilung Soziales und Gesundheit der Stadt Bülach Auskünfte über das massgebende Einkommen und das steuerbare Vermögen beim Steueramt Bülach bzw. Kantonalen Steueramt Zürich sowie die Haushaltsgrösse beim Einwohneramt der Stadt Bülach einzuholen.

Dieser Subventionsantrag mit den entsprechenden Ermächtigungen und Verpflichtungen gilt bis auf Widerruf.
Ich verpflichte mich/ wir verpflichten uns, Änderungen der oben deklarierten rabattrelevanten Daten unaufgefordert der Abteilung Soziales und Gesundheit Bülach zu **melden**.

Ich bestätige/ wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben:		
Ort und Datum		
Unterschriften		

<p><u>Wichtig:</u> Bitte lesen Sie das Merkblatt zu Tarifsубventionen für die familienergänzende Kinderbetreuung aufmerksam durch und legen Sie dem Antragsformular die notwendigen Unterlagen bei.</p>
--

Einsenden an: Stadt Bülach, Soziales und Gesundheit, Gesellschaft, Feldstrasse 99, 8180 Bülach

Kontakt: Tel. 044 863 15 43 oder E-Mail bvo@buelach.ch