

Name des Kindes, Personenkontonummer	
Einrichtung	



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

DRK Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V.  
Kitaverwaltung  
Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 37-38  
15517 Fürstenwalde  
E-Mail: [kitaverwaltung@drk-mohs.de](mailto:kitaverwaltung@drk-mohs.de)

**Verbindliche Erklärung zum Elterneinkommen  
- jährliche Prüfung auf Grundlage des Kalenderjahres 2023 –  
Rückgabe bis spätestens 15.06.2024**

*Bitte senden sie die Erklärung bevorzugt per E-Mail an o.g. Anschrift des DRK Kreisverbandes.*

Auf der Grundlage des § 17 Kita-Gesetzes des Land Brandenburg in der derzeit gültigen Fassung sowie der jeweilig geltenden „Elternbeitragsordnung des DRK Kreisverbandes Märkisch – Oder – Havel – Spree e.V.“ werden Sie zur teilweisen Deckung der Betriebskosten der Kita mit herangezogen. Die Höhe des Elternbeitrags bemisst sich nach Ihrem Jahreseinkommen. Um den Elternbeitrag berechnen zu können, werden Sie gebeten die nachfolgende Erklärung abzugeben und entsprechende Nachweise über Ihr Einkommen vorzulegen. Die Daten werden gelöscht, sobald sie nicht mehr erforderlich sind.

**1. Persönliche Angaben**

Angaben zum Kind:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		
Angaben zum Geschwisterkind in der Einrichtung:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		
Angaben zum Geschwisterkind in der Einrichtung:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		
Angaben Personensorgeberechtigte/r 1 (PSB 1):		
Name	Vorname	Verhältnis zum o.g. Kind
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort), wenn abweichend vom Kind		
Telefonnummer und E-Mail-Adresse		
Angaben Personensorgeberechtigte/r 2 (PSB 2) bzw. Elternteil 2 laut Geburtsurkunde:		
Name	Vorname	Verhältnis zum o.g. Kind
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort), wenn abweichend vom Kind		
Telefonnummer und E-Mail-Adresse		

Anzahl der Kinder im Haushalt, für die Kindergeld bezogen wird: \_\_\_\_\_

**2. Berechnung des Jahreseinkommens**

**freiwillig Höchstbeitrag** (*keine Nachweise erforderlich*)

\* Den jeweiligen Höchstbeitrag für Ihre Kindertageseinrichtung entnehmen Sie bitte der Platzkostentabelle. Diese finden Sie auf der Homepage des DRK/Angebote/Kindertageseinrichtungen.

Name des Kindes, Personenkontonummer	
Einrichtung	

**Angaben zur Elternbeitragsberechnung** *(Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)*

\* Einkünfte, welche nicht zum Einkommen gehören, können Sie der Elternbeitragsordnung §5 (5) entnehmen. Diese finden Sie auf der Homepage des DRK/Angebote/Kindertageseinrichtungen.

	PSB 1	PSB 2/Elternteil 2
• <b>Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit</b> (Lohnsteuerbescheinigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Einkünfte aus Gewerbebetrieb</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Bafög / BAB</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz,- Beamten- oder sonstigen sozialen Gesetzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Rentenbescheid (mit Berechnungsbogen!)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Unterhaltsleistungen oder Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Krankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Mutterschaftsgeld (Krankenkasse <u>und</u> Arbeitgeber)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Elterngeld</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Abfindungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>von Versicherung aufgestellte Jahresgesamtübersicht über die von Ihnen tatsächlich im Jahr 2023 gezahlten Versicherungsbeiträge*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>private Krankenversicherung/ Rentenversicherung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Einkommensteuerbescheid</b> (ausschließlich als Nachweis erhöhter Werbungskosten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* für Privathaftpflichtversicherung; Hausratversicherung; Kfz- Haftpflichtversicherung; Unfallversicherung; Lebensversicherungsbeiträge; grundsätzlich auch Beiträge für eine angemessene Sterbegeldversicherung

**3. Mir/Uns ist bekannt, dass**

- wissentlich falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen im Sinne des § 263 StGB strafbar sind und geahndet werden.
- eine Verpflichtung besteht den jeweiligen Höchstbeitrag zu zahlen, soweit **keine Angaben** zur Einkommenshöhe (Ausnahme freiwillig Höchstbeitrag) gemacht oder die **geforderten Nachweise nicht oder nicht vollständig erbracht werden**.
- aufgrund **unvollständiger Angaben** oder weil ausschlaggebende Veränderungen in den lfd. Einkommensverhältnissen nicht umgehend mitgeteilt wurden, zu wenig gezahlte Beträge unverzüglich nachzuzahlen sind.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift PSB I \_\_\_\_\_ Unterschrift PSB 2 / Elternteil 2 \_\_\_\_\_

<p><b>Bearbeitungsvermerk / Eingangsstempel:</b></p>
--