

Antrag auf Kostenerstattung/-beteiligung

Ich beantrage ab dem _____ bis zum _____ die anteilige Übernahme der nachgewiesenen Aufwendungen zu folgender Versicherung:

- Kranken-/ Pflegeversicherung
- Rentenversicherung

Familiename	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon
Kontoinhaber/in (mit Vorname)	Kontonummer	Bankleitzahl
Bankverbindung		

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Veränderungen bezüglich der oben angegebenen Versicherungen beziehungsweise Tagespflegeverhältnisse unverzüglich mitzuteilen sind.

Es wird bestätigt, dass sich die zu leistenden Beiträge ausschließlich aus Einnahmen aus öffentlich, geförderter Kindertagespflege ergeben. (Sollten das nicht der Fall, ist mitzuteilen wie sich die Einnahmen zusammensetzen).

Ich versichere, dass eine Kostenerstattung / -beteiligung der Rentenversicherung bzw. Kranken-/ Pflegeversicherung durch kein anderes Jugendamt geleistet wird.

Bitte fügen Sie in der folgenden Tabelle eine Auflistung der derzeit von Ihnen betreuten und durch das Jugendamt des Hochsauerland geförderten Kindertagespflegeverhältnisse ein.

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Beginn Betreuung					
Ende Betreuung					

Datum / Unterschrift

Als Anlage sind dem Antrag beigelegt:

- Bescheid der Kranken-/ Pflegeversicherung
- Bescheid der Rentenversicherung