

Übernahme Tagespflegekosten

Stadt/Gemeinde
Aktenzeichen

Antragsteller/in:

--

**Dieser Vordruck ist von der
Tagespflegeperson auszufüllen!**

1. Name der Tagespflegeperson:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	Telefonnummer

1.1 Nachweis über die Geeignetheit als Tagespflegeperson:

<input type="checkbox"/> Erlaubnis zur Tagespflege ist erteilt (Bitte Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/> Bescheinigung über Geeignetheit liegt vor (Bitte Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/> Keine Qualifizierung

1.2 Nachweis über die Alterssicherung und die Unfallversicherung:

Haben Sie für die qualifizierte Tagesbetreuung eine Alterssicherung oder Unfallversicherung abgeschlossen?
<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kostenübernahme wird nicht geltend gemacht

1.3 Bankverbindung:

Kontoinhaber	
IBAN:	BIC:
Name der Bank	

2. Welche/s Kind/er wird/werden von Ihnen betreut und versorgt?

Name, Vorname, Wohnort a)	Geburtsdatum
Name, Vorname, Wohnort b)	Geburtsdatum
Name, Vorname, Wohnort c)	Geburtsdatum
Name, Vorname, Wohnort d)	Geburtsdatum

--	--

3. Wo werden die oben genannten Kinder von Ihnen betreut?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> In meinem Haushalt | <input type="checkbox"/> Im Haushalt der Kindeseltern/ der Kindesmutter/des Kindesvaters |
| <input type="checkbox"/> in anderen geeigneten Räumen | |

4. Betreuungsumfang und Beginn:

Montag	_____	Stunden
Dienstag	_____	Stunden
Mittwoch	_____	Stunden
Donnerstag	_____	Stunden
Freitag	_____	Stunden
Samstag	_____	Stunden
Sonntag	_____	Stunden
Gesamtstundenzahl:		_____ Stunden
Betreuungsbeginn: _____		

5. Kosten

Pro Betreuungsstunde:	_____ Euro
Pro Betreuungsmonat:	_____ Euro

6. Erklärung:

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind. Ich verpflichte mich, Änderungen unverzüglich mitzuteilen

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegeperson