

Name der Tagespflegeperson:

Name des Trägers:

Erklärung

**Antragsjahr
2021**

zum Antrag auf Erstattung von Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung und/oder einer Krankentagegeldversicherung im Rahmen der laufenden Geldleistung gem. § 23 SGB VIII:

für den Zeitraum von – bis: _____

Ich habe meine Tagespflegetätigkeit für einen oder mehrere volle Monate ohne Belegung unterbrochen (z. B. Elternzeit, Krankheit).

nein ja, für den Zeitraum von - bis _____

Bitte Zutreffendes im Folgenden ankreuzen und ausfüllen:

Kranken- und Pflegeversicherung (KV/PV) sowie Krankentagegeldversicherung		beizufügende vollständige Unterlagen für den gesamten Antragszeitraum
Ich bin bei: _____ (Versicherungsgesellschaft)		<ul style="list-style-type: none"> • Beitragsbescheid • Zahlungsbestätigung/Kontenaufstellung der Versicherungsgesellschaft
<input type="checkbox"/>	gesetzlich freiwillig versichert.	
<input type="checkbox"/>	privat versichert.	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungspolice • Bescheinigung über Vorsorgeaufwendungen nach § 10(1) Nr. 3 EStG
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Ich habe eine Ratenzahlungsvereinbarung über rückständige Beiträge mit der Krankenversicherung geschlossen.	
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Der Berechnung des Versicherungsbeitrages liegen noch andere Einkünfte als aus der Tagespflegetätigkeit zu Grunde (z. B. Kapitalerträge, Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung).	<ul style="list-style-type: none"> • geschlossene Ratenzahlungsvereinbarung
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Der Berechnung des Versicherungsbeitrages liegen zusätzlich zu meinen eigenen Einkünften auch die Einkünfte meines privat versicherten Ehepartners zugrunde.	
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Ich habe eine Krankentagegeldversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Einnahmenüberschussrechnung/-en • Einkommenssteuerbescheid
<input type="checkbox"/>	im Rahmen der gesetzlichen freiwilligen Versicherung.	
<input type="checkbox"/>	separat im Rahmen einer privaten Versicherung oder einer gesetzlichen freiwilligen Versicherung bei:	
		<ul style="list-style-type: none"> • detaillierte Aufstellung der Krankenkasse über die Zusammensetzung des Beitrages
		<ul style="list-style-type: none"> • Beitragsbescheide • Zahlungsnachweis der Versicherungsgesellschaft
		<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungspolice (einmalig bei Erstantrag)

Weitere Sozialleistungen (Angaben zwingend erforderlich, auch wenn nicht zutreffend!)		
Ich erhielt im Antragszeitraum:		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Gründungszuschuss oder andere Zuschüsse zur Existenzgründung.	• Nachweis
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II (Hartz IV).	• Nachweis
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Leistungen für die Betreuung von Pflegekindern im Sinne des § 33 SGB VIII.	• Nachweis

Sind ergänzende Angaben erforderlich, so sind diese auf einem gesonderten Blatt anzugeben.

Bitte beachten:

Für die Prüfung zur hälftigen Erstattung Ihrer Versicherungsleistungen gem. § 23 SGB VIII ist es zwingend erforderlich die entsprechenden Nachweise (siehe Hinweise) für den gesamten Antragszeitraum mit dieser Erklärung einzureichen. Andernfalls verzögert sich die Bearbeitung oder es ist keine Erstattung möglich.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben in dieser Erklärung.

Ort/Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson