



Name und Anschrift des Trägers (Stempel)

Stadt Leipzig
Amt für Jugend und Familie
Abt. Verwaltung und Verhandlungsmanagement
SG 51.12 - Finanzierung
Naumburger Str. 26
04229 Leipzig

Antrag für das Jahr _____ auf

**Erstattung der nachgewiesenen
Beiträge zur:**

- Unfallversicherung
- Alterssicherung

1. Anfordernde Stelle

Name des Trägers

Anschrift (Str., PLZ, Ort)

Auskunft erteilt (Name)

Telefon/Fax/E-Mail

2. Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN

Bankinstitut

BIC

3. Name der Tagespflegeperson:

(Name, Vorname)

4. Beginn der Tätigkeit beim o. g. Träger

(mit Datum ab)

5. Bei Beendigung der Tätigkeit beim o. g. Träger

(mit Datum vom)

6. Bei Wechsel des Trägers

(mit Datum zum und Name des neuen Trägers)

7. Abrechnungszeitraum

(von – bis)

**8. Unterbrechung der Tagespflegetätigkeit für einen oder mehrere volle Monate ohne Belegung
(z. B. Elternzeit, Kur, längere Krankheit etc.)**

(von – bis)

Name der Tagespflegeperson:

Name des Trägers:

Antrag auf Erstattung der Unfallversicherung und der Alterssicherung

Antragsjahr

1. Unfallversicherung (§ 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII)

Monatsbeitrag für Januar - Dezember pro Tagespflegeperson – Mindestbelegung 1 Kind

ausschließlich rückwirkende Erstattung
Höhe der Erstattung – Beitrag zur BGW für das Jahr

Gesamtbetrag in €

notwendige Unterlagen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beitragsbescheid der BGW ▪ Zahlungsnachweis (im Normalfall erfolgt Zahlung im II. Quartal des Folgejahres)
-------------------------------	---

2. Alterssicherung (23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII)

Monatsbetrag für Januar – Dezember pro Tagespflegeperson – Mindestbelegung 1 Kind

Gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII hat die Kindertagespflegeperson Anspruch auf die häftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung.

Art der gewählten Erstattungsvariante: Abschlag rückwirkende Erstattung

Gesamtbetrag in €

notwendige Unterlagen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vollständige Beitragsbescheide (auch bei unterjähriger Änderung) ▪ Zahlungsnachweis/Kontenaufstellung der Versicherungsgesellschaft für den gesamten Antragszeitraum ▪ bei privater Versicherung zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungspolice (einmalig bei Erstantrag) - Bescheinigung über Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung - Bescheinigung über Vorsorgeaufwendungen zur Alterssicherung
-------------------------------	---

Bitte teilen Sie uns die durch Sie an die Tagespflegeperson ausgezahlte laufende Geldleistung, die Anzahl der betreuten Kinder sowie die tägliche Betreuungszeit für die o. g. Tagespflegeperson für das Jahr, welches der Berechnung des Rentenversicherungsbeitrages zugrunde liegt, mit.

für das Jahr _____

für das Jahr _____

Monate	Anzahl der Kinder	x Stunden	Anzahl der Kinder	x Stunden
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				

Monate	Anzahl der Kinder	x Stunden	Anzahl der Kinder	x Stunden
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				

Zeitraum evtl. Freihalteplatz: _____

Zeitraum für evtl. Freihalteplatz: _____

gesamte lfd. GL für o. g. Jahr _____ Euro

gesamte lfd. GL für o. g. Jahr _____ Euro

Alternativ können Sie gern eine bereits bestehende Aufstellung, welche die oben genannten Informationen enthalten und die Sie automatisch für die Tagespflegeperson erstellen, einreichen.

3. Erklärung

Der Erklärungsbogen der Tagespflegeperson ist erforderlich und dem Antrag hinzuzufügen.

Die aufgewendeten Kosten über die tatsächlich gezahlten Beiträge sind anhand der jeweiligen vollständigen Unterlagen (siehe Hinweise) zu belegen.

Wir erklären die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift(en) des/der Zeichnungsberechtigten des Trägers

Name der Tagespflegeperson:

Name des Trägers:

Erklärung

Antragsjahr

zum Antrag auf Erstattung von Aufwendungen für die Unfallversicherung und/oder der Alterssicherung 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:

<p>Unfallversicherung (UV)</p> <p>nein ja Ich bin bei der BGW versichert.</p>	<p>beizufügende vollständige Unterlagen für den gesamten Antragszeitraum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beitragsbescheid BGW • Zahlungsnachweis (Zahlung im II. Quartal des Folgejahres)
--	---

Bitte beachten:

Ein Anspruch auf Erstattung besteht maximal in Höhe der Mindestversicherungssumme für die Pflichtversicherung bei der BGW.

Bitte Zutreffendes im Folgenden ankreuzen und ausfüllen:

<p>Alterssicherung (AV)</p> <p>Ich bin bei: _____ (Versicherungsgesellschaft)</p> <p>gesetzlich versichert.</p> <p>privat versichert.</p> <p>nein ja Ich habe eine Ratenzahlungsvereinbarung über rückständige Beiträge mit der Rentenversicherung geschlossen.</p> <p>nein ja Der Berechnung des Versicherungsbeitrages liegen noch andere Einkünfte als aus der Tagespflegetätigkeit zu Grunde (z. B. weitere Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit).</p>	<p>beizufügende vollständige Unterlagen für den gesamten Antragszeitraum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beitragsbescheid • Zahlungsbestätigung/Kontenaufstellung der Versicherungsgesellschaft • Bescheinigung über Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung • Versicherungspolice • Bescheinigung über Vorsorgeaufwendungen • geschlossene Ratenzahlungsvereinbarung • Einnahmenüberschussrechnung/-en • Einkommenssteuerbescheid
--	---

<p>Weitere Sozialleistungen (Angaben zwingend erforderlich, auch wenn nicht zutreffend!)</p> <p>Ich erhielt im Antragszeitraum:</p> <p>nein ja Gründungszuschuss oder andere Zuschüsse zur Existenzgründung.</p> <p>nein ja Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II (Bürgergeld).</p> <p>nein ja Leistungen für die Betreuung von Pflegekindern im Sinne des § 33 SGB VIII.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis • Nachweis • 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