

Name der Tagespflegeperson:

Name des Trägers:

Erklärung

**Antragsjahr
2020**

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:

Unfallversicherung (UV) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ich bin bei der BGW versichert.	beizufügende vollständige Unterlagen für den gesamten Antragszeitraum <ul style="list-style-type: none"> • Beitragsbescheid BGW 2020 • Zahlungsnachweis (Zahlung in 2021 für Beitrag 2020)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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:

Alterssicherung (AV) Ich bin bei: _____ (Versicherungsgesellschaft) <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert. <input type="checkbox"/> privat versichert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ich habe eine Ratenzahlungsvereinbarung über rückständige Beiträge mit der Rentenversicherung geschlossen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Der Berechnung des Versicherungsbeitrages liegen noch andere Einkünfte als aus der Tagespflegetätigkeit zu Grunde (z. B. weitere Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit).	beizufügende vollständige Unterlagen für den gesamten Antragszeitraum <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
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

Ort/Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson