

Name der Tagespflegeperson:

Name des Trägers:

### Erklärung

**Antragsjahr  
2020**

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"> <li>• Beitragsbescheid</li> <li>• Zahlungsbestätigung/Kontenaufstellung der Versicherungsgesellschaft</li> </ul>
<input type="checkbox"/> gesetzlich freiwillig versichert. <input type="checkbox"/> privat versichert.		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Ich habe eine Ratenzahlungsvereinbarung über rückständige Beiträge mit der Krankenversicherung geschlossen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherungspolice</li> <li>• Bescheinigung über Vorsorgeaufwendungen nach § 10(1) Nr. 3 EStG</li> <li>• geschlossene Ratenzahlungsvereinbarung</li> </ul>
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).	
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einnahmenüberschussrechnung/-en</li> <li>• Einkommenssteuerbescheid</li> <li>• detaillierte Aufstellung der Krankenkasse über die Zusammensetzung des Beitrages</li> </ul>
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Ich habe eine Krankentagegeldversicherung	
<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"> <li>• Beitragsbescheide</li> <li>• Zahlungsnachweis der Versicherungsgesellschaft</li> <li>• Versicherungspolice (einmalig bei Erstantrag)</li> </ul>

Weitere Sozialleistungen (Angaben zwingend erforderlich, auch wenn nicht zutreffend!)		
Ich erhalte:		
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 keine Erstattung möglich.

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

Ort/Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson