



HOCHSAUERLANDKREIS

Antrag auf Kostenerstattung / -beteiligung für die

Kranken- / Pflegeversicherung

Rentenversicherung

Antragsteller/in

| | | |
|-------------------------------|----------------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | | Telefon |
| Kontoinhaber/in (mit Vorname) | Bankverbindung | BIC |
| IBAN | Steuer-ID | |

Ich beantrage ab dem _____ bis zum _____ die anteilige Übernahme der nachgewiesenen Aufwendungen zu einer der o. g. Versicherung.

Kinder die zum Zeitpunkt der Antragstellung betreut werden (Kostenübernahme durch das Kreisjugendamt. Sollte das nicht mehr der Fall sein, ist dies umgehend mitzuteilen):

| | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 | Kind 5 |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Name | | | | | |
| Vorname | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | |
| Beginn der Betreuung | | | | | |
| Ende Betreuung | | | | | |

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Veränderungen bezüglich der o. a. Versicherungen bzw. Tagespflegeverhältnisse unverzüglich mitzuteilen sind.

Es wird bestätigt, dass sich die zu leistenden Beiträge ausschließlich aus Einnahmen aus öffentlich, geförderter Kindertagespflege ergeben. (Sollte das nicht der Fall sein, ist mitzuteilen wie sich die Einnahmen zusammensetzen.)

Ich versichere, dass eine Kostenerstattung / -beteiligung der Kranken- / Pflegeversicherung bzw. der Rentenversicherung durch kein anderes Jugendamt geleistet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Als Anlage sind dem Antrag beigefügt:

- Bescheid der Kranken- / Pflegeversicherung
- Bescheid der Rentenversicherung