

An den
Tages- und Pflegeelternverein e.V.
Kreis Böblingen
Untere Burggasse 1
71063 Sindelfingen

oder

Tages- und Pflegemutter e.V.
Leonberg
Distelfeldstraße 20
71229 Leonberg

Antrag der angestellten Tagespflegeperson auf Erstattung von Versicherungsbeiträgen durch das Amt für Jugend Böblingen für das Beitragsjahr _____ in einem Anstellungsverhältnis in einem TAPiR einem Privathaushalt

Name: _____ Vorname: _____

geb. am : _____

Straße: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig): _____

Ich beantrage beim Amt für Jugend Böblingen als Tagespflegeperson ab: _____
(Datum)

- die Erstattung nachgewiesener Aufwendungen für Beiträge zu einer gesetzlichen **Unfallversicherung** (den Beitragsbescheid der BGW habe ich dem Antrag beigelegt)
- die hälftige Erstattung der Aufwendungen zu einer angemessenen **Alterssicherung** (ein Nachweis der gesetzlichen Rentenversicherung liegt dem Antrag bei)
- die Erstattung des hälftigen Beitrags zur **Kranken- und Pflegeversicherung** (den vollständigen Beitragsbescheid habe ich dem Antrag beigelegt).
- Ich bin neben meinem Anstellungsverhältnis bei nachfolgend genanntem Arbeitgeber außerhalb der vertraglichen Arbeitszeit auch zusätzlich als selbständige Tagespflegeperson tätig und habe auch für die dadurch entstehenden Versicherungsleistungen einen Antrag auf Erstattung gestellt

Angaben zum Arbeitgeber (TAPiR oder Privathaushalt):

Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Abtretungserklärung der angestellten Tagespflegeperson:

Hiermit erkläre ich, dass ich etwaige mir gegenüber dem Jugendhilfeträger zustehende Ansprüche aus § 23 Abs. 1 und 2 SGB VIII an meinen o.g. Arbeitgeber abtrete.

Datum

Unterschrift

Angabe zu den Aufwendungen des **Vorjahres** (bitte **immer** eines der beiden nachfolgenden Kästchen ankreuzen und alle noch nicht eingereichten Nachweise beilegen):

- Ich habe zu Jahresbeginn einen Antrag gestellt. Nach Entscheidung über diesen Antrag erfolgten durch die Kasse Beitragsänderungen. Diese habe ich dem Amt für Jugend bereits mitgeteilt, weshalb mittels Bescheid vom _____ bereits eine Korrektur der Leistung erfolgte. Ich versichere, dass sich demgegenüber keine weiteren Änderungen mehr ergeben haben.
- Ich habe nur zu Jahresbeginn einen Antrag auf Erstattung der Versicherungsbeiträge gestellt. Damit das Amt für Jugend prüfen kann, ob sich gegenüber der bewilligten Leistung später noch Änderungen durch die Kasse ergeben haben, gebe ich nachfolgend Auskunft zu den tatsächlichen Verhältnissen des vergangenen Jahres (bitte Tabelle ausfüllen):

	Kranken- und Pflegeversicherung.	Unfallversicherung	Altersvorsorge
<u>Bewilligt vom Amt für Jugend</u>			
<u>Tatsächliche Kosten lt. Nachweis</u> (u.U. hat sich dieser ggü. dem Antrag zu Jahresbeginn im Nachhinein geändert)			

Ich versichere mit meiner Unterschrift ausdrücklich, dass ich für Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen, für Beiträge zur Alterssicherung und zur Unfallversicherung keine Kostenerstattung durch andere Stellen oder ein anderes Jugendamt / Gemeinde / Stadt erhalten habe oder vereinbart wurde.

Ich melde es unverzüglich und schriftlich an den zuständigen Tagespflegeelternverein und das Amt für Jugend wenn mein Anstellungsverhältnis endet oder keine der beantragten Versicherungsbeiträge mehr bezahlt werden. Bei Überzahlung habe ich die Leistungen zu erstatten.

Ich bin damit einverstanden, dass dieser Antrag an das Amt für Jugend Böblingen weitergeleitet wird.

Der Antrag ist jährlich zu stellen (Wiederholungsanträge sollten bis spätestens zum 30.06. gestellt sein).

Ich wurde darüber informiert, dass über den Antrag nur bei Einreichung vollständiger Nachweise entschieden werden kann.

Der Betrag für die Kranken- und Pflegeversicherung und für die Alterssicherung wird monatlich ausbezahlt, der Betrag für die gesetzliche Unfallversicherung einmal jährlich.

Datum, Unterschrift der Tagespflegeperson

Bestätigung des Tages- und Pflegeeltern e.V. Kreis Böblingen:

Frau / Herr _____
ist im Besitz einer gültigen Pflegeerlaubnis.

Datum **Unterschrift der MitarbeiterIn / Stempel**