



Antrag auf Erstattung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (hälftiger Betrag, gemäß § 23 SGB VIII)

Zeitraum	vom: ab:	bis:
Beitragsbescheid	Datum:	
Beitrag Krankenversicherung	€:	
Beitrag Pflegeversicherung	€:	

(Bitte den Beitragsbescheid + Zahlungsbeleg in Kopie als Nachweis beilegen)

Tagespflegeperson:

Name, Vorname		Evtl. Großtagespflegestelle	
Adresse			
Telefon/Handy		E-Mail	
Bankverbindung	<input type="checkbox"/> wie bisher <input type="checkbox"/> neu:		
Konto-Nummer:	Bank:	BLZ:	
BIC:	IBAN:		
Falls abweichend: Name des Kontoinhabers			

Hinweis zur Kranken- und Pflegeversicherung:

Lt. §23 Abs.2 SGB VIII umfasst die laufende Geldleistung an die TPP die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Kranken- und Pflegeversicherung. Selbstständig tätige Tagespflegepersonen sind krankenversicherungspflichtig, wenn ihr Arbeitseinkommen (der steuerrechtliche Gewinn) regelmäßig über 395,- € im Monat liegt (Stand 2014).

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Ort /Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson

Vom Tagesmütterprojekt Neufahrn auszufüllen:

Die TPP hat die Qualifizierung vollständig abgeschlossen und ist im Besitz einer Pflegeerlaubnis durch das Amt für Jugend und Familie Freising. Die TPP war im beantragten Zeitraum für das Tagesmütterprojekt Neufahrn tätig.

Antrag geprüft am:

Neufahrn,

Ort/ Datum

Stempel/Unterschrift der zuständigen Fachkraft