

Ort, Datum

Stadt Leipzig
Amt für Jugend, Familie und Bildung
FG Förderung
Naumburger Str. 26
04229 Leipzig

Träger: VKKJ

Antrag auf Erstattung der Kranken- und Pflegeversicherung

- Abschlagsfinanzierung 2016-2017**
 Neuantrag
 Weiterfinanzierungsantrag
 rückwirkende Erstattung für das Jahr 2016

Name der TPP:	
Anschrift (Str., PLZ, Ort):	
Telefon/ Fax/ E-Mail der TPP:	
Bankverbindung der TPP	IBAN:
Name des Bankinstituts:	BIC:
Trägerzugehörigkeit der TPP beim VKKJ (von - bis):	

Kranken- und Pflegeversicherung (§ 23 Abs. 2 Nr. 4 SGB VIII)

Monatsbetrag für Januar - Dezember pro Tagespflegeperson - Mindestbelegung 1 Kind

Gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 4 SGB VIII hat die Kindertagespflegeperson Anspruch auf die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Kranken- und Pflegeversicherung.

Kästchen bitte ausfüllen: siehe Beitragsbescheid der Krankenkasse

ich bin familienversichert:

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	bei: _____
-----------------------------	-------------------------------	------------

ich bin gesetzlich freiwillig versichert:

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	bei: _____
-----------------------------	-------------------------------	------------

ich bin privat versichert:

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	bei: _____
-----------------------------	-------------------------------	------------

____,____ %	prozentualer Beitragssatz lt. Beitragserhebung der Krankenkassen zur KV
____,____ %	prozentualer Beitragssatz lt. Beitragserhebung der Krankenkassen zum Zusatzbeitrag
____,____ %	prozentualer Beitragssatz lt. Beitragserhebung der Krankenkassen zur PV

Höhe des gezahlten Beitrages pro Monat:

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni		
Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag		
Juli	August	September	Oktober	November	Dezember		
Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag		
						Gesamtbetrag:	

Weitere Sozialleistungen

Hinweis: Sind ergänzende Angaben erforderlich, so sind diese auf einem gesonderten Blatt anzugeben!

ich erhalte:

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Gründungszuschuss/ oder andere Zuschüsse zur Existenzgründung	
		darin erstattet/bezuschusst werden mir im Zeitraum von diesem Erstattungsantrages folgende Versicherungen: (entsprechende Nachweise sind beizufügen)	
<input type="checkbox"/>	KV mtl.: _____ €	<input type="checkbox"/>	AV mtl.: _____ €
<input type="checkbox"/>	PV mtl.: _____ €	<input type="checkbox"/>	Sonstige mtl.: _____ €

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Hartz IV)	
		darin erstattet/bezuschusst werden mir im Zeitraum von diesem Erstattungsantrages folgende Versicherungen: (entsprechende Nachweise sind beizufügen)	
<input type="checkbox"/>	KV mtl.: _____ €	<input type="checkbox"/>	AV mtl.: _____ €
<input type="checkbox"/>	PV mtl.: _____ €	<input type="checkbox"/>	Sonstige mtl.: _____ €

Bitte beachten:

Für die hälftige Erstattung der Versicherungsleistungen ist es gem. § 23 SGB VIII zwingend erforderlich, dass die entsprechenden Beitragsbescheide und jeweiligen Zahlungsnachweise mit dieser Erklärung eingereicht werden. Andernfalls verzögert sich die Bearbeitung oder eine Erstattung ist nicht möglich. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben in dieser Erklärung.

Der Beitragsbescheid und Zahlungsnachweis der Krankenkasse ist diesem Antrag beizufügen!

Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson