

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

## Träger: VKKJ

### Antrag auf Erstattung der Alterssicherung

- Abschlagsfinanzierung 2017-2018
- Neuantrag
- Weiterfinanzierungsantrag ab 09/2017 und Abrechnung 2016
- rückwirkende Erstattung für das Jahr 2016

Name der TPP:	
Anschrift (Str., PLZ, Ort):	
Telefon/ Fax:	
E-Mail:	
Bankverbindung der TPP: <input type="checkbox"/> Ich möchte die Auszahlung auf das Konto der lfd. Geldleistung	IBAN:
Name des Bankinstituts:	BIC:
Trägerzugehörigkeit der TPP beim VKKJ: von _____ bis _____. <input type="checkbox"/> Trägerwechsel im Antragszeitraum	
Unterbrechung der Tagespflegeleistung für einen oder mehrere Monate ohne Belegung (z. B. Elternzeit, Kur, längere Krankheit etc.): von _____ bis _____ wegen _____, von _____ bis _____ wegen _____.	

**Alterssicherung** (§ 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII)

**Monatsbetrag für Januar - Dezember pro Tagespflegeperson - Mindestbelegung 1 Kind**

Gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII hat die Kindertagespflegeperson Anspruch auf die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung.

ich habe eine gesetzliche Alterssicherung:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

ich bin privat versichert:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

 bei: \_\_\_\_\_

**Hinweis! Bei einer privaten Rentenversicherung ist der Einkommensteuerbescheid, die Negativbescheinigung der Deutschen Rentenversicherung sowie die vollständige Versicherungspolice vorzulegen!**

Der Berechnung des Versicherungsbeitrages liegen noch andere Einkommen als das der Tagespflege zu Grunde:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Ich habe offene Rückstände bei meiner Alterssicherung (Ratenzahlungsvereinbarung ist beizufügen):

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

**Höhe des gezahlten Beitrages pro Monat:**

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

**Ich habe weitere Sozialleistungen erhalten:**

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Gründungszuschuss/ oder andere Zuschüsse zur Existenzgründung
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Hartz IV)
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ich erhalte Leistungen für die Betreuung von Pflegekindern nach dem § 33 SGB VIII

**Diesem Antrag habe ich folgende vollständige Unterlagen beigelegt:**

- Mitteilung über den zu zahlenden Beitrag
- unterjährige Beitragsänderungen
- Beitragsbescheid bzw. Beitragsrechnung
- Beitragsbescheinigung/Zahlungsbestätigung der Versicherung
  
- Ratenzahlungsvereinbarung über die rückständige Versicherungsbeiträge
- Nachweise zu Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Hartz IV)
- Nachweise über den Erhalt des Gründungszuschusses
- Nur bei privater Rentenversicherung: Einkommensteuerbescheid, Negativbescheinigung der DRV, Versicherungspolice

**Bitte beachten:**

Für die hälftige Erstattung der Versicherungsleistungen ist es gem. § 23 SGB VIII zwingend erforderlich, dass die entsprechenden Nachweise mit diesem Antrag 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 diesem Antrag.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Tagespflegeperson