

Antrag auf Kostenübernahme für eine Vertretungs-Tagespflegeperson

Eingang Tagespflegebörse am:



Im Rahmen der Mitwirkungspflicht nach § 31 des Hamburger Kinderbetreuungsgesetzes (KibeG) sind die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Antrag abgelehnt werden. Personenbezogene Daten werden nach § 61 ff. des Sozialgesetzbuches VIII ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Antrages verwendet.

Die Angaben beziehen sich auf folgende/s Kind/Kinder:

Name des Kindes/
der Kinder

Kind 1	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kind 2	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kind 3	Name	Vorname	Geburtsdatum

Antragsteller/in

Familiename	Vorname	Telefon
Anschrift		

Betreuende
Tagespflegeperson

Ich beantrage / Wir beantragen aufgrund des Ausfalls der Tagespflegeperson:

Name	Vorname	Telefon
------	---------	---------

die Kostenübernahme für die Vertretung meines/unseres Kindes, meiner/unserer Kinder

Grund des Ausfalls:

--

Vertretungs-
Tagespflegeperson

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon
Kontoinhaber/in (mit Vorname)	Bankverbindung	Bankleitzahl
Kontonummer	Großtagespflegestelle (Name, Tel.-Nr.)	

Füllen Sie bitte auch die Rückseite aus und fügen bitte folgende Nachweise bei:
Bei Krankheit: ärztliches Attest der betreuenden Tagespflegeperson

Die Vertretung findet statt in der Zeit vom: _____ bis: _____

Anzahl der Stunden pro Tag								
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Summe
Woche 1								
Woche 2								
Woche 3								
Woche 4								
Summe								
Geteilt durch Anzahl der Wochen =								

**Betreuungs-
bedarf**

Ich versichere/Wir versichern, dass ich/wir in der angegebenen Zeit keinen Urlaub nehmen kann/können.

Ich versichere/Wir versichern, dass die vertretende Tagespflegeperson nicht mit meinem/unserem Kind / meinen/unseren Kindern verwandt ist (bis zum 3. Grad).

Datum / Unterschrift Antragsteller/in

von der Tagespflegebörse / Kostensachgebiet auszufüllen

Für folgende Kinder wird die Förderung der Tagespflegevertretung bewilligt:

Kind	Leistungsart	Wo. Std.	vom	bis
1				
2				
3				

Ärztliches Attest liegt vor

Datum:

Unterschrift