|  |
| --- |
| **Steueridentifikationsnummer:***(unbedingt angeben, eine Bearbeitung* *ist andernfalls nicht möglich!)* |

**Antrag auf Erstattung von Sozialversicherungsbeiträgen und der Unfallversicherung nach § 23 SGB VIII für Tagespflegepersonen**

*Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen*

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname |       |
| Anschrift |       |
| Geburtsdatum |       |
| Telefonnummer |       |
| E-Mailadresse |       |
| Bankverbindung |      *IBAN*  |      *BIC*  |
|      *Bank* |

|  |
| --- |
| **Unfallversicherung** |
| [ ]  Ich beantrage die Erstattung meines Beitrags an die BGW für das Jahr:       ***Bitte Kopie des vollständigen Beitragsbescheides beifügen.*** |

|  |
| --- |
| **Alterssicherung** |
| [ ]  Ich beantrage die anteilige Erstattung meiner Pflichtbeiträge im Rahmen der gesetzlichen Renten- versicherung für den Zeitraum:      *oder*[ ]  Ich beantrage die anteilige Übernahme meiner Beiträge im Rahmen der freiwilligen Alterssiche- rung (Hälfte des gesetzlichen Mindestbeitrages) für den Zeitraum:       ***Bitte Kopie des vollständigen Beitragsbescheides bzw. der Versicherungspolice beifügen.*** |

|  |
| --- |
| **Kranken- und Pflegeversicherung** |
| [ ]  Ich beantrage die anteilige Erstattung meiner Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge  für den Zeitraum:       ***Bitte Kopie des vollständigen Beitragsbescheides der Krankenkasse/ Krankenversicherung beifügen.*** |

|  |
| --- |
| **Im Erstattungszeitraum werden bzw. wurden folgende Kinder betreut:** |
|  | Name, Vorname | Jugendamt | Betreuungsbeginn | Betreuungsende |
| 1. |       |       |       |       |
| 2. |       |       |       |       |
| 3. |       |       |       |       |
| 4. |       |       |       |       |
| 5. |       |       |       |       |
| 6. |       |       |       |       |
| 7. |       |       |       |       |
| 8. |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Bearbeitungshinweise** |
| Es können nur Anträge bearbeitet werden, die vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit den entsprechenden Nachweisen versehen, beim Kreisjugendamt Oberbergischer Kreis eingehen.**Die Erstattung der Versicherungskosten erfolgt für Tagespflegepersonen, die laufende Geldleistungen nach § 23 SGB VIII für die Betreuung vom Kreisjugendamt des Oberbergischen Kreises erhalten. Die Erstattung erfolgt nur nach zeitnaher Vorlage der Sozialversicherungsbescheide (binnen eines Monats nach Erhalt).**Die Bewilligung erfolgt längstens für ein KiTa-Jahr, also bis zum 31.07. Für das folgende KiTa-Jahr ist ein neuer Antrag inkl. Vorlage der neuen Nachweise zu stellen. |

|  |
| --- |
| Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich verpflichte mich, dem Kreisjugendamt alle Änderungen, die für die Leistungsgewährung nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) von Bedeutung sind, unverzüglich mitzuteilen. Falls es zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist, bin ich damit einverstanden, dass Angaben und Unterlagen an andere Sozialleistungsträger oder Behörden weitergeleitet werden. Ich versichere hiermit, dass meine Renten- und Krankenversicherungsbeiträge sich ausschließlich auf meine Einnahmen aus der öffentlich geförderten Tagespflege beziehen. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum Unterschrift der Tagespflegeperson **Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zwecke Ihres Antrages auf Gewährung von Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB VIII und § 10 Abs. 4b EStG).** Aufgrund der Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten haben Sie das Recht auf Auskunft, Recht auf Datenberichtigung, Recht auf Löschung, Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Widerspruchsrecht. |