

Hinweis: Bitte öffnen Sie das Formular über den Chrome-Browser.

Landkreis Oberhavel
Fachbereich Jugend
Adolf-Dechert-Straße 1
16515 Oranienburg



Ort:

Antrag auf Auszahlung von Leistungen gemäß Richtlinie des Landkreises Oberhavel zur Finanzierung der Kindertagespflege

Antragsteller:

Name der Kindertagespflegeperson	
Anschrift der Kindertagespflegeperson	
IBAN der Kindertagespflegeperson	
BIC der Kindertagespflegeperson	
Steueridentifikationsnummer der Kindertagespflegeperson	

Ich beantrage:

- die Auszahlung der Förderleistung**
- die Auszahlung der Sachaufwandspauschalen 1 und 2**
- die Erstattung meiner gesetzlichen Unfallversicherung**
- die hälftige Erstattung meiner Kranken- und Pflegeversicherung**
- die hälftige Erstattung meiner Rentenversicherung**
- die Erstattung meiner Berufs-/Betriebshaftpflichtversicherung**

Hinweis:

Die Erstattung der oben beantragten Versicherung erfolgt nur in Verbindung mit dem Beitragsnachweis des jeweiligen Versicherungsträgers.

A red handwritten signature mark, resembling a stylized 'X' or a cursive 'A', is placed above the signature line.

Datum,

Unterschrift Kindertagespflegeperson