

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 für Vertetungsregelung

Antragsteller:

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

Ich beantrage:

die Auszahlung von Leistungen für die Vertretungsregelung gemäß Punkt 4 der Richtlinie

die Erstattung meiner 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', is placed above the signature line.

Datum,

Unterschrift Kindertagespflegeperson