

**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 Vertretungsregelung**

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.

Datum,

Unterschrift Kindertagespflegeperson