

**Antrag auf hälftige Erstattung der angemessenen
Beiträge zur Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung
sowie die Erstattung der Unfallversicherung (BGW)
gemäß § 23 SGB VIII für das Jahr**



Landkreis Dahme-Spreewald
Amt für Kinder, Jugend und Familie
Sachgebiet Kindertagesbetreuung/Finanzierung
Beethovenweg 14
15907 Lübben (Spreewald)

Telefon: 03546 20-1108

Hinweis:

Das Formular ist vollständig auszufüllen!

Jahr: _____

1. AntragstellerIn / Kindertagespflegeperson

Name, Vorname			
Anschrift (Straße, Hsnr., PLZ, Ort)			
Telefon		Fax	
E-Mail			
Kreditinstitut			
KontoinhaberIn			
IBAN			
Steueridentifikations- nummer (ID-Nr.)			

2. Angaben zur beantragten Erstattung

(dem Antrag ist eine vollständige Kopie des jeweils aktuellen Beitragsbescheides sowie des endgültigen Bescheides beizufügen)

☐	hälftige Erstattung zur Kranken- und Pflegeversicherung
☐	hälftige Erstattung zur Rentenversicherung
☐	Erstattung der Unfallversicherung (BGW)

3. Sonstiges

Sollte zum Zeitpunkt der Antragsstellung der endgültige Bescheid noch nicht vorliegen, ist dem Antrag eine entsprechende Erklärung beizufügen.

Rechtsverbindliche Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn