

Name Kindertagespflegeperson: _____

**Anlage zum Antrag auf Erstattung von Sozialversicherungsbeiträgen gemäß § 23
Abs. 2 SGB VIII - Kindertagespflege in Modellgemeinden / anderes Jugendamt**

1. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

2. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

Erklärung der Modellgemeinde / anderes Jugendamt:

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben der Kindertagespflegeperson zur laufenden Geldleistung richtig und vollständig sind und die Angaben mit den tatsächlichen Zahlungen der Modellgemeinde / des anderen Jugendamtes an die Kindertagespflegeperson übereinstimmen.

Ort, Datum

Unterschrift Stadt/Gemeinde/anderes Jugendamt

Stempel

*Als Monatliches Pflegegeld ist der Betrag anzugeben, der vom Kreisjugendamt Esslingen, einem anderen Jugendamt oder von „Modellgemeinden“ des Landkreises Esslingen als laufende Geldleistung monatlich gezahlt wird. Erstattungen aus Urlaub/Krankheit, zweite Hälfte Sozialversicherung oder freiwilligen Zuschüssen von Kommunen oder Eltern sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Name Kindertagespflegeperson: _____

3. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

4. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

Erklärung der Modellgemeinde / anderes Jugendamt:

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben der Kindertagespflegeperson zur laufenden Geldleistung richtig und vollständig sind und die Angaben mit den tatsächlichen Zahlungen der Modellgemeinde / des anderen Jugendamtes an die Kindertagespflegeperson übereinstimmen.

Ort, Datum

Unterschrift Stadt/Gemeinde/anderes Jugendamt

Stempel

*Als Monatliches Pflegegeld ist der Betrag anzugeben, der vom Kreisjugendamt Esslingen, einem anderen Jugendamt oder von „Modellgemeinden“ des Landkreises Esslingen als laufende Geldleistung monatlich gezahlt wird. Erstattungen aus Urlaub/Krankheit, zweite Hälfte Sozialversicherung oder freiwilligen Zuschüssen von Kommunen oder Eltern sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Name Kindertagespflegeperson: _____

5. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

6. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

Erklärung der Modellgemeinde / anderes Jugendamt:

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben der Kindertagespflegeperson zur laufenden Geldleistung richtig und vollständig sind und die Angaben mit den tatsächlichen Zahlungen der Modellgemeinde / des anderen Jugendamtes an die Kindertagespflegeperson übereinstimmen.

Ort, Datum

Unterschrift Stadt/Gemeinde/anderes Jugendamt

Stempel

*Als Monatliches Pflegegeld ist der Betrag anzugeben, der vom Kreisjugendamt Esslingen, einem anderen Jugendamt oder von „Modellgemeinden“ des Landkreises Esslingen als laufende Geldleistung monatlich gezahlt wird. Erstattungen aus Urlaub/Krankheit, zweite Hälfte Sozialversicherung oder freiwilligen Zuschüssen von Kommunen oder Eltern sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Name Kindertagespflegeperson: _____

7. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

8. Kind	<input type="checkbox"/> Tageskind	<input type="checkbox"/> Vertretungskind	
Name, Vorname, geb.			
PLZ, Wohnort des Kindes			
Kindertagespflege wird gewährt durch	<input type="checkbox"/> Jugendamt Esslingen	<input type="checkbox"/> anderes Jugendamt: (bitte angeben)	
	<input type="checkbox"/> Stadt/Gemeinde: (bitte angeben)		
Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung ab 18 Uhr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Betreuung Samstag, Sonntag, Feiertag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, € im Monat	
Monatliches Pflegegeld* abzüglich Urlaub/Krankheit			
Jan. €	Apr. €	Jul. €	Okt. €
Feb. €	Mai €	Aug. €	Nov. €
Mär. €	Jun. €	Sep. €	Dez. €

Erklärung der Modellgemeinde / anderes Jugendamt:

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben der Kindertagespflegeperson zur laufenden Geldleistung richtig und vollständig sind und die Angaben mit den tatsächlichen Zahlungen der Modellgemeinde / des anderen Jugendamtes an die Kindertagespflegeperson übereinstimmen.

Ort, Datum

Unterschrift Stadt/Gemeinde/anderes Jugendamt

Stempel

*Als Monatliches Pflegegeld ist der Betrag anzugeben, der vom Kreisjugendamt Esslingen, einem anderen Jugendamt oder von „Modellgemeinden“ des Landkreises Esslingen als laufende Geldleistung monatlich gezahlt wird. Erstattungen aus Urlaub/Krankheit, zweite Hälfte Sozialversicherung oder freiwilligen Zuschüssen von Kommunen oder Eltern sind dabei nicht zu berücksichtigen.