# Antrag auf Erstattung...

Kreisjugendamt Passau
Bereich Tagespflege
Passauer Straße 39
94121 Salzweg

*Posteingang:*

Formular zurücksetzen

Formular drucken

☐ **der Unfallversicherung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)**

Hiermit beantrage ich die Erstattung der Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für das Jahr _____.

(Hinweis: Bitte legen Sie eine Kopie des Beitragsbescheides der BGW bei)

☐ **von Beiträgen zur Altersvorsorge**

Hiermit beantrage ich die Erstattung von Beiträgen für eine freiwillige Altersvorsorge für das Jahr _____.

(Hinweis: Bitte legen Sie einen Nachweis über die geleisteten Beiträge bei; bei Erstantrag benötigen wir zudem eine Kopie des Versicherungsscheins)

Antragsteller:

| Nachname | Vorname | Telefon mit Vorwahl |
|---|---|---|
| | | |

| Straße u. Hausnummer | PLZ | Ort |
|---|---|---|
| | | |

Während des Jahres _____ habe ich folgende Kinder in Tagespflege betreut:

(Hinweis: Bitte tragen sie **alle** Kinder, die Sie im Abrechnungsjahr betreut haben, hier ein.

| | | **Nachname, Vorname** | **Geburtsdatum** | **Bei Zahlung über das Jugendamt bitte hier das zuständige Jugendamt eintragen bzw. privates Betreuungsverhältnis** |
|---|---|---|---|---|
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |
| - | + | | | |

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegeperson


Copyright: LRA Passau