

Stadt Recklinghausen
Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
Kindertagespflege / Frau Höfler
Stadthaus C
Rathausplatz 3/4
45657 Recklinghausen

Datum:

Antrag auf Bewilligung und Finanzierung der hälftigen angemessenen Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung

Antragsteller/in

Name / Vorname:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Wohnort:

Steuerliche Identifikationsnummer:

(bitte zwingend angeben!)

Email-Adresse:

Telefonnr.:

Hiermit beantrage ich im Rahmen meiner Tätigkeit als Tagespflegeperson die Erstattung der hälftigen angemessenen Kosten für meine Kranken- u. Pflegeversicherung.

Ich bin versichert bei:

Name der Versicherung:

Straße / Hausnr. / PLZ / Ort:

Versicherungs-Nr.:

Höhe der monatl. Kosten in €:

Meine Bankverbindung: IBAN:

BIC:

Ich betreue noch Kinder in anderen Gemeinden: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viele? In welcher Gemeinde?: _____

Die Kopien der Beitragsbescheide der Krankenkasse und der Festsetzungsbescheid der anderen Gemeinde, sowie die Kopie des Kontoauszuges, aus dem hervorgeht, dass der komplette Beitrag geleistet wurde, sind als Anlage beigefügt.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____