

Tel: 0761/201- 8417, Frau Ketterer
Tel: 0761/201- 8416, Frau Vatter
E-Mail: aki@stadt.freiburg.de

Antrag für das Kalenderjahr auf städtischen Zuschuss zur Unfall- und Sozialversicherung gemäß § 23 SGB VIII in Verbindung mit den städtischen Richtlinien zur Förderung in Kindertagespflege in Freiburg im Breisgau

Änderungsantrag

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Name der Kinderbetreuerin:

Anmerkungen:

- Das Landesjugendamt und die Kommunalen Landesverbände haben **zum 30.11.2018** neue Empfehlungen zu laufenden Geldleistungen für Kinder in Kindertagespflege nach SGB VIII ausgesprochen
- Grundlage für die laufenden Geldleistungen ist die Anzahl der **tatsächlich geleisteten Betreuungsstunden**. Pro Betreuungsstunde wird ein **Stundensatz von 6,50 EUR bzw. 5,50 EUR** vergütet. Darin enthalten sind die Sachkosten sowie die Anerkennung der Förderleistung.
- Der Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung (Pflichtversicherung) wird einmal pro Tagespflegeperson auf Nachweis übernommen.
- Der Erstattungsbetrag für nachgewiesene Aufwendungen zu einer **angemessenen Altersversicherung** beträgt einmal pro Tagespflegeperson bis zu 50 % des Mindestbeitrages der gesetzlichen Rentenversicherung oder des tatsächlich, nach den Einkommensverhältnissen ermittelten gesetzlichen Betrages.
- Auf Nachweis werden einmal pro Tagespflegeperson auch jeweils die hälftigen Beiträge (50 %) zu einer **angemessenen Kranken- und Pflegeversicherung** oder des tatsächlichen, nach den Einkommensverhältnissen ermittelten gesetzlichen Betrages erstattet.
- Die vom Amt für Kinder, Jugend und Familie gezahlte monatliche Geldleistung ist das maßgebliche steuer- und sozialversicherungsrechtliche Einkommen, auf dessen Grundlage sich die Erstattungsbeträge zu den o.g. Sozialversicherungen ergeben. Für andere Einkünfte können keine Erstattungsbeträge gewährt werden.

Hiermit beantrage ich ab dem folgende Zuschüsse:

Gesetzliche Unfallversicherung in Höhe von jährlich:

(gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII)

Angemessene Altersversorgung in Höhe von monatlich:

Arbeitgeberanteil (gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII)

Angemessene Krankenversicherung in Höhe von monatlich:

Arbeitgeberanteil (gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 4 SGB VIII)

Angemessene Pflegeversicherung in Höhe von monatlich:

Arbeitgeberanteil (gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 4 SGB VIII)

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Name des Kontoinhabers:

Kontonummer: Bankleitzahl:

Name der Bank:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich versichere von keiner anderen Behörde weitere Zuschüsse für eine in diesem Antrag genannten Leistungen zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift