

Stadt Leipzig
Amt für Jugend, Familie und Bildung
SG Finanzierung
Naumburger Str. 26
04229 Leipzig

Träger: VKKJ

**Antrag auf Erstattung der Unfallversicherung
Bekanntgabe lt. Beitragsbescheid in 2020 für das Beitragsjahr 01-12/2019**

Name und Vorname der TPP:

Anschrift (Str., PLZ, Ort):

Telefon/ Fax:

E-Mail:

Bankverbindung der TPP:

Ich möchte die Auszahlung auf das Konto der lfd. Geldleistung

IBAN:

Name des Bankinstituts:

BIC:

Trägerzugehörigkeit der TPP beim VKKJ:

von _____ bis _____.

Trägerwechsel im Antragszeitraum

Unterbrechung der Tagespflegeleistung für einen oder mehrere Monate ohne Belegung
(z. B. Elternzeit, Kur, längere Krankheit etc.):

von _____ bis _____ wegen _____,

von _____ bis _____ wegen _____.

Unfallversicherung (§ 23 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII)

Monatsbetrag für Januar - Dezember 2019/ pro Tagespflegeperson - Mindestbelegung 1 Kind

Bekanntgabe lt. Beitragsbescheid in 2020 für das Beitragsjahr 01 - 12/2019

Ich bin bei der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) versichert:

ja

nein

Ich erhalte Leistungen für die Betreuung von Pflegekindern nach dem § 33 SGB VIII:

ja

nein

Hiermit beantrage ich die Erstattung der Unfallversicherung:

von: _____/2019

bis: _____/2019

in der Gesamthöhe von:

Betrag: _____ Euro

Höhe der Erstattung - maximal monatlicher Beitrag zur BGW – in 2019

(Bekanntgabe lt. Beitragsbescheid in 2020 für das Beitragsjahr 2019)

Bitte beachten:

Für die Erstattung der Versicherungsleistungen ist es gem. § 23 SGB VIII zwingend erforderlich, dass die entsprechenden Beitragsbescheide der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) und jeweiligen Zahlungsnachweise (Kontoauszug) mit dieser Erklärung eingereicht werden. Andernfalls verzögert sich die Bearbeitung oder eine Erstattung ist nicht möglich.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht maximal in Höhe der Mindestversicherungssumme für die Pflichtversicherung bei der BGW.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben in dieser Erklärung.

Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson