

Name _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____

Eingang: _____
Hdz.: _____

Stadt Voerde
Fachdienst 2.3 Jugend
-Wirtschaftliche Jugendhilfe-
Rathausplatz 20

46562 Voerde

Antrag auf Gewährung von Tagespflegegeld

Tagespflegekind (Name, Vorname) : ,geb. am

Tagespflegekind (Name, Vorname) : ,geb. am

Tagespflegekind (Name, Vorname) : ,geb. am

Tagespflegekind (Name, Vorname) : ,geb. am

Tagespflegekind (Name, Vorname) : ,geb. am

Ich bitte um Zahlung der laufenden Geldleistungen an folgende Zahlungsanschrift:
IBAN.....
BIC.....
steuerliche Identifikationsnummer.....

Evtl. zuviel gezahltes Tagespflegegeld zahle ich an den Fachdienst 2.3 Jugend der Stadt Voerde zurück.

- Ich habe bereits an einer Qualifizierungsmaßnahme teilgenommen.
- Qualifizierung durch Berufsausbildung
- Mir ist bekannt, dass ich mit Aufnahme eines Tagespflegekindes die Qualifizierungsmaßnahme begonnen haben muss und dies mit Aufnahme eines zweiten Tagespflegekindes abgeschlossen sein sollte.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift Kindertagespflegeperson)

Allgemeine Informationen:

Bitte prüfen Sie vor Antragstellung, ob Sie durch die voraussichtlichen Einkünfte der Kindertagespflege verpflichtet sein könnten, sich freiwillig selbst zu versichern. Nähere Auskünfte dazu erhalten Sie bei der Krankenkasse, bei der Sie derzeit krankenversichert sind.