



# Antrag auf Erstattung von Versicherungsbeiträgen

Bitte zurück per Post, Mail oder Fax an  
Stadt Augsburg, Amt für Kindertagesbetreuung, Hermanstraße 1, 86150 Augsburg  
[kindertagespflege.abrechnung@augzburg.de](mailto:kindertagespflege.abrechnung@augzburg.de), Fax 0821/324 6205

Kindertagespflegeperson (KTP)	
Name, Vorname	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/verwitwet
Tätigkeit als Kindertagespflegeperson seit _____	<input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt im Umfang von _____ Wochenstunden
weitere berufliche Tätigkeit als _____ seit _____	<input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt im Umfang von _____ Wochenstunden

Ich stelle hiermit einen Antrag auf hälftige Erstattung der nachgewiesenen Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung (Bescheid liegt bei / wird nachgereicht)

Ich stelle hiermit einen Antrag auf hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Kranken- und Pflegeversicherung (Beitragsfestsetzung/Versicherungsschein liegt bei / wird nachgereicht)

Ich bin familienversichert.

Ich stelle keinen Antrag auf anteilige Zuschüsse.

**Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen werde ich dem Amt für Kindertagesbetreuung unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzuerstatten. Ich bin damit einverstanden, dass alle abrechnungsrelevanten Angaben an das Amt für Kindertagesbetreuung weitergegeben werden.**

Augsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kindertagespflegeperson