

\_\_\_\_\_  
Datum

Stadt Köln – Amt für Kinder, Jugend und Familie  
510/307  
Ottmar-Pohl-Platz 1  
51103 Köln

**Antrag auf anteilige Erstattung von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB VIII**

**Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

ggfls. Betriebsanschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Bankverbindung (Nachweis bitte beifügen falls noch nicht vorliegt):

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Erstattung folgender Versicherungsleistungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

**Unfallversicherung** für das Jahr \_\_\_\_\_ in Höhe von: \_\_\_\_\_

Falls die Versicherungssumme höher ist als die Mindestversicherungssumme, geben Sie bitte hier den Grund an und reichen Nachweise ein: \_\_\_\_\_

**gesetzliche Rentenversicherung** bei der Deutschen Rentenversicherung

Beitrag ab \_\_\_\_\_ in Höhe von: \_\_\_\_\_

**privaten Rentenversicherung** bei \_\_\_\_\_

Beitrag ab \_\_\_\_\_ in Höhe von: \_\_\_\_\_

(Die Höhe des Zuschusses wird festgelegt in Anlehnung an den freiwilligen Mindestbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung. Eine höhere Bezuschussung ist nicht möglich.)

**Krankenversicherung** bei \_\_\_\_\_

Beitrag ab \_\_\_\_\_ in Höhe von: \_\_\_\_\_

**Kopien der o.g. Beitragsrechnung/en ist/ sind in der Anlage beigefügt  
(Pflegeerlaubnis sofern Sie nicht in Köln wohnen/betreuen):**

Ich bin im Besitz einer gültigen **Pflegeerlaubnis** seit: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Diese wurde erteilt für \_\_\_\_\_ (Anzahl) Kinder

Bei Erstanträgen: (Eine Kopie der gültigen Pflegeerlaubnis habe ich beigefügt)

**betreute Kinder:**

Ich betreue derzeit \_\_\_\_\_ Kinder. Die betreuten Kinder stammen

alle aus dem Stadtgebiet Köln

stammen nicht alle aus dem Stadtgebiet Köln

\_\_\_\_\_ Kinder kommen aus Köln

Bitte geben Sie die Betreuungszeiträume der „Nicht-Kölner-Kinder“ an:

z. B. Kind 1 (Laura) 01.01.2022 bis 30.11.2022

<b>Name</b>	<b>Beginn der Betreuung</b>	<b>Ende der Betreuung</b>	<b>Stadtgebiet</b>
-------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------

---

---

---

bitte verwenden Sie für weitere Kinder ein gesondertes Blatt.

Von der Stadt \_\_\_\_\_ wurden bereits anteilig Versicherungsleistungen bewilligt. Die Höhe der Erstattung ist der beiliegenden Kopie des Bewilligungsbescheides zu entnehmen.

Es wurde bislang keine Erstattung der anteiligen Versicherungsleistungen von der Stadt:

\_\_\_\_\_ vorgenommen.

**Zuständig ist:**

Stadtverwaltung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner\*in: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_