Kreis Schleswig-Flensburg
Der Landrat
Fachbereich Jugend und Familie
Moltkestraße 25
24837 Schleswig

Eingang am

Abrechnung einer Krankheitsvertretung

Die Tagespflegeperson, Herr/ Frau _____, konnte mein/ unser Kind _____ aufgrund eines krankheitsbedingten Ausfalls in der Zeit vom _____ bis zum _____ nicht wie gewohnt betreuen. Vertretungsweise hat die Tagespflegeperson, Herr/ Frau _____, die Betreuung (Bitte ankreuzen: ☐ in ihrer Tagespflegestelle, ☐ in der Tagespflegestelle der regulären Tagespflegeperson **oder** ☐ bei uns zu Hause) übernommen. Ich bitte um Förderung der nachfolgend aufgeführten, **tatsächlich geleisteten** Vertretungsstunden:

Datum	vertretungsweise Betreuung geleistet von ….. bis ….. Uhr	Summe der pro Tag geleisteten Stunden

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Eltern

☐ Ich bin selbständig tätig. Bitte zahlen Sie das Entgelt für die vertretungsweise geleisteten Stunden direkt an mich aus.

☐ Ich arbeite in Anstellung bei der hier vertretenen Kindertagespflegeperson. Die laufende Geldleistung des Kreises Schleswig-Flensburg trete ich an meinen /meine Arbeitgeber/ in ab.

_____
Unterschrift der vertretungsweise tätigen Tagespflegeperson