PiB
Pflegekinder in Bremen
gemeinnützige GmbH

Kindertagespflegeperson	
Name, Vorname	Telefon-Nr.
Straße	Mobil-Nr.
PLZ, Ort	E-Mail

bitte zurücksenden an:

PiB-Kindertagespflege
Abrechnung Kindertagespflege
Bahnhofstr. 28-31
28195 Bremen

Monatszettel, Mitteilung zur Abrechnung des Pflegegeldes

	August		September		Oktober	➡	Stichtag bis zum 10.05.
	November		Dezember		Januar	➡	
	Februar		März		April	➡	
	Mai		Juni		Juli	➡	bis zum 10.08.

Der Monat, für den eine Mitteilung erstellt wird, wird angekreuzt. Der Monatszettel kann für jeden einzelnen Monat nachträglich abgegeben werden. **Bei Urlaub, Krankheit, Vertretung muss er ausgefüllt werden. Kreuzen Sie dazu bitte die Monate an, für die der Monatszettel gilt und tragen alle Mitteilungen ein.** Bis zum Stichtag ist er für alle zugeordneten Monate auszufüllen.

Urlaub	Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: ……
Krankheit	Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Vertretung: ……..…… Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Vertretung: ……..…… Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Vertretung: ……..……
Fortbildung	Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Vertretung: ……..…… Von: …….. bis …….. Anzahl Tage: …… Vertretung: ……..…… Die Fortbildung wurde bei der Fachberatung beantragt: ☐ ja ☐ nein

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind. Meine Kontodaten und die Angaben zur Sozialversicherung sind weiterhin unverändert (falls nicht: bitte Formular Info-TPP ausfüllen und beilegen).

Bremen, den ……. ……
Unterschrift Tagespflegeperson

Monatszettel, Mitteilung zur Abrechnung des Pflegegeldes

Name: ……..

Ich habe für folgende Kinder Vertretung gemacht:

Vertretung

Name Kind:……..…….. Name KTPP:……..……. Grund:……..…….

Datum	von	bis	Datum	von	bis

Ort der Betreuung: ☐ bei mir ☐ bei den Eltern ☐ externe ……

Tage gesamt

Std. ges.

Vertretung

Name Kind:……..…….. Name KTPP:……..……. Grund:……..…….

Datum	von	bis	Datum	von	bis

Ort der Betreuung: ☐ bei mir ☐ bei den Eltern ☐ externe ……

Tage gesamt

Std. ges.

Vertretung

Name Kind:……..…….. Name KTPP:……..……. Grund:……..…….

Datum	von	bis	Datum	von	bis

Ort der Betreuung: ☐ bei mir ☐ bei den Eltern ☐ externe ……

Tage gesamt

Std. ges.

Vertretung

Name Kind:……..…….. Name KTPP:……..……. Grund:……..…….

Datum	von	bis	Datum	von	bis

Ort der Betreuung: ☐ bei mir ☐ bei den Eltern ☐ externe ……

Tage gesamt

Std. ges.

Vertretung

Name Kind:……..…….. Name KTPP:……..……. Grund:……..…….

Datum	von	bis	Datum	von	bis

Ort der Betreuung: ☐ bei mir ☐ bei den Eltern ☐ externe ……

Tage gesamt

Std. ges.

Sonstiges

Std. ges.