# Antrag auf Erstattung zusätzlicher Kinderbetreuungskosten bei Dienstreisen

**Feld ist vom MPI auszufüllen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abteilung** |  | |
| **Name der Eltern** |  | |
| **Wohnort** |  | |
| **Name des Kindes** |  | geb. am |
|  | geb. am |
| **Grund der Betreuungsleistung** |  | |
| **Begründung, warum die Betreuung nicht durch z.B. den Partner übernommen werden kann und eine erstattungsfähige Betreuungsform gewählt wird:** | | |
|  | | |
| **Voraussichtlich anfallende Kosten (Schätzung)** |  | |
| **Betreuungsort** |  |  |
| **Name der Betreuungsperson** |  |  |
| **Betreuungszeit (Datum/ Uhrzeit)** | Am von……………….bis | Am  von……………….bis |
| Am von……………….bis | Am  von……………….bis |
| Am von……………….bis | Am  von……………….bis |
| Am von……………….bis | Am  von……………….bis |
| **Gesamtzahl der Betreuungsstunden** |  | |
| **Anrechenbare Leistung:** | |
|  | | |
| **Erstattung weiterer Kosten** | | |
| 1. **Zusatzkosten für Übernachtung des Kindes am Dienstort**   **Liegt ein dringender Grund vor, dass Kind mitzunehmen?** | **Höhe   ja □** | |
| **Anrechenbare Leistung:** | |
| 1. **Ist die Betreuungsleistung nicht in Rechnung gestellt** | | |
| **Adresse der Betreuungsperson** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Hin – und Rückfahrtkosten der Betreuungsperson** | **Verkehrsmittel** | |
| **Hinfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit | **Rückfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| * **Umwegkosten des Beschäftigten zur Abgabe des Kindes** | **Verkehrsmittel** |  |
| **Hinfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit | **Rückfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit |
| **Kurze Begründung:** | |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| 1. **Ist die Betreuungsleistung in Rechnung gestellt** | | |
| * **Fahrtkosten des Kindes zum Dienstort**   **Dingender Grund? (siehe oben)** | **Verkehrsmittel** |  |
| **Hinfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit | **Rückfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| * **Fahrtkosten der Betreuungsperson zum Dienstort** | **Verkehrsmittel** |  |
| **Hinfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit | **Rückfahrt**  von……………nach  Datum Uhrzeit |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| **Zu erstattender Gesamtbetrag** |  | |

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift des Beschäftigten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anlage: Nachweise**