# 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)** | Amvon……………….bis | Am von……………….bis |
| Amvon……………….bis | Am von……………….bis |
| Amvon……………….bis | Am von……………….bis |
| Amvon……………….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?** | **Höheja □** |
| **Anrechenbare Leistung:** |
| 1. **Ist die Betreuungsleistung nicht in Rechnung gestellt**
 |
| **Adresse der Betreuungsperson** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * **Hin – und Rückfahrtkosten der Betreuungsperson**
 | **Verkehrsmittel** |
| **Hinfahrt**von……………nachDatumUhrzeit | **Rückfahrt**von……………nachDatumUhrzeit |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| * **Umwegkosten des Beschäftigten zur Abgabe des Kindes**
 | **Verkehrsmittel** |  |
| **Hinfahrt**von……………nachDatumUhrzeit | **Rückfahrt**von……………nachDatumUhrzeit |
| **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……………nachDatumUhrzeit | **Rückfahrt**von……………nachDatumUhrzeit |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| * **Fahrtkosten der Betreuungsperson zum Dienstort**
 | **Verkehrsmittel** |  |
| **Hinfahrt**von……………nachDatumUhrzeit | **Rückfahrt**von……………nachDatumUhrzeit |
| **Höhe:** | **Höhe:** |
| **Anrechenbare Leistung:** | **Anrechenbare Leistung:** |
| **Zu erstattender Gesamtbetrag** |  |

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

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

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

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

**Anlage: Nachweise**