

Name und Anschrift der Kindertagespflegeperson

---

---

---



Kreisausschuss Hersfeld-Rotenburg  
Fachdienst Kinder- und Jugendhilfe  
**- Kindertagespflege -**  
Friedloser Straße 12  
36251 Bad Hersfeld

## Meldung über den Beginn der Kindertagespflege

### Tagespflegekind:

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Wohnort:	

<b>Beginn der Betreuung:</b>	
<b>Betreuungszeiten:</b> (Tage und Uhrzeiten)	
<b>Betreuungsort:</b>	

Ich bestätige die Richtigkeit der oben stehenden Angaben:

-----  
Datum und Unterschrift Kindertagespflegeperson

-----  
Datum und Unterschrift Personensorgeberechtigte

Name und Anschrift der Kindertagespflegeperson

---



---



---

Kreisausschuss Hersfeld-Rotenburg  
 Fachdienst Kinder- und Jugendhilfe  
**- Kindertagespflege -**  
 Friedloser Straße 12  
 36251 Bad Hersfeld

## Meldung über die Beendigung der Kindertagespflege

### Tagespflegekind:

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Wohnort:	

<b>Ende der Betreuung:</b>	
----------------------------	--

Ich bestätige die Richtigkeit der oben stehenden Angaben:

.....  
 Datum und Unterschrift Kindertagespflegeperson

.....  
 Datum und Unterschrift Personensorgeberechtigte

Kindertagespflegeperson

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

Landkreis Hersfeld-Rotenburg  
Fachdienst Kinder- und Jugendhilfe  
- Kindertagespflege -  
Friedloser Straße 12  
36251 Bad Hersfeld

## Stundennachweis über Betreuungszeiten - Eingewöhnung -

Abrechnung von Tagespflegekosten für:

\_\_\_\_\_ im Monat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

Datum	Uhrzeit von- bis	Std./Min.	Datum	Uhrzeit von - bis	Std./Min.
01.			Übertrag		
02.			17.		
03.			18.		
04.			19.		
05.			20.		
06.			21.		
07.			22.		
08.			23.		
09.			24.		
10.			25.		
11.			26.		
12.			27.		
13.			28.		
14.			29.		
15.			30.		
16.			31.		
<b>Summe</b>			<b>Gesamt</b>		

Das mir zustehende Kindertagespflegegeld bitte ich auf das Ihnen bekannte Konto zu überweisen.

**Datum, Unterschrift der Kindertagespflegeperson** \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt

**Datum, Unterschrift Kindesmutter/Kindesvater** \_\_\_\_\_

Kindertagespflegeperson:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Ort)



\_\_\_\_\_  
Datum

Landkreis Hersfeld-Rotenburg  
Fachdienst Kinder- und Jugendhilfe  
- Kindertagespflege -  
Friedloser Straße 12  
36251 Bad Hersfeld

## Stundennachweis über Betreuungszeiten

### Abrechnung von Tagespflegekosten für:

\_\_\_\_\_ im Monat \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

Datum	Uhrzeit von- bis	Std./Min.	Datum	Uhrzeit von - bis	Std./Min.
01.			Übertrag		
02.			17.		
03.			18.		
04.			19.		
05.			20.		
06.			21.		
07.			22.		
08.			23.		
09.			24.		
10.			25.		
11.			26.		
12.			27.		
13.			28.		
14.			29.		
15.			30.		
16.			31.		
<b>Summe</b>			<b>Gesamt</b>		

Datum, Unterschrift Kindertagespflegeperson

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Kindesmutter/Kindesvater

.....