

Landkreis Kassel

Fachdienst Kindertagespflege

Wilhelmshöher Allee 19 – 21

34117 Kassel

\_

**Anmeldung zum Vertretungsmodell in der Kindertagespflege**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Straße, Hausnummer: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

Ich besitze eine Erlaubnis zur Kindertagespflege und möchte an dem Vertretungsmodell des Landkreises Kassel teilnehmen.

Ich werde zukünftig die folgenden Tagespflegepersonen entsprechend den umseitig aufgeführten Bedingungen vertreten:

*Bitte den vollständigen Namen eintragen:*

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |

Teilnahmebedingungen:

* Die Betreuung im Rahmen der Vertretungsarbeit findet bei mir zu Hause oder im Haushalt der zu vertretenden Tagespflegeperson statt.
* Um ein gegenseitiges Kennenlernen zu ermöglichen, werde ich mich regelmäßig – mindestens jedoch alle 14 Tage – mit den zu vertretenden Tagespflegepersonen und deren Tageskindern treffen. Die persönlichen Kontakte sollen in Präsenz stattfinden und mindestens 2 Stunden dauern.
* Für die Bereitschaft, Tagespflegepersonen in Ausfallzeiten zu vertreten, erhalte ich eine Pauschale in Höhe von monatlich 300,00 EUR. Entstehende Fahrtkosten sind hierdurch bereits abgegolten und können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Bitte überweisen Sie die Pauschale auf das folgende Konto:

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Im Vertretungsfall erhalte ich darüber hinaus die laufende Geldleistung sowie die hälftige Erstattung der angemessenen Sozialversicherungs-beiträge.
* Ich werde im vierteljährlichen Rhythmus eine Rückmeldung über die stattgefundenen Kontakte und mögliche Vertretungsfälle an den Fachdienst übersenden. Ein entsprechender Vordruck wird zur Verfügung gestellt. Dieser ist von mir auszufüllen und seitens der zu vertretenden Tagespflegeperson mit Unterschrift zu bestätigen.
* Meine Teilnahme am Vertretungsmodellerfolgt auf unbestimmte Zeit. Ich werde den Fachdienst umgehend schriftlich informieren, wenn ich nicht mehr als Vertretungskraft zur Verfügung stehe.
* Bei einer Beendigung meiner Tätigkeit als Vertretungskraft habe ich keinen Anspruch auf die monatliche Pauschale. Zu viel gezahlte Beträge werden von mir zurückerstattet. Sollte ich die Beendigung meiner Tätigkeit als Vertretungskraft nicht rechtzeitig anzeigen, muss ich damit rechnen, dass neben den zu viel gezahlten monatlichen Beträgen auch Zinszahlungen fällig werden. Die Verzinsung erfolgt mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.
* Ich werde die aufgrund der aktuell grassierenden Corona-Pandemie geltenden Hygienevorschriften beachten und umsetzen.
* Damit meine Anmeldung zum Vertretungsmodell wirksam wird, muss die zu vertretende Tagespflegeperson auf einem gesonderten Vordruck die Vertretungsbereitschaft bestätigen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift