

## Änderung zum Antrag auf Entgeltzahlung für die Tagespflegeperson nach § 23 SGB VIII



### 1. Eltern/Erziehungsberechtigte

Name:	Telefon:
-------	----------

### 2. Tagespflegekind

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

### 3. Tagespflegeperson

Name:	Telefon:
-------	----------

### 4. Betreuungszeiten

Änderung ab: Beginn (Datum)
-----------------------------

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Woche
von.....Uhr	von.....Uhr	von.....Uhr	von.....Uhr	von.....Uhr	von.....Uhr	von.....Uhr	
bis.....Uhr	bis.....Uhr	bis.....Uhr	bis.....Uhr	bis.....Uhr	bis.....Uhr	bis.....Uhr	
Std. ges.:	Std. ges.:	Std. ges.:	Std. ges.:	Std. ges.:	Std. ges.:	Std. ges.:	Std. ges.:
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Tagespflegeperson

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Eltern

Den Antrag richten Sie bitte an

*(Tagespflegeperson ab Buchstabe I und  
Großtagespflege)*

Stephanie Escarciga  
Kreisjugendamt Ebersberg  
Eichthalstr. 5  
85560 Ebersberg  
Rückfragen unter 08092-823-382 oder  
[Abrechnung.kitap@lra-ebe.de](mailto:Abrechnung.kitap@lra-ebe.de)

*(Tagespflegeperson Buchstabe A – H ohne  
Großtagespflege)*

Alexandra Schosser  
Kreisjugendamt Ebersberg  
Eichthalstr. 5  
85560 Ebersberg  
Rückfragen unter 08092-823-261 oder  
[Abrechnung.kitap@lra-ebe.de](mailto:Abrechnung.kitap@lra-ebe.de)