

An das zuständige Ministerium

Eingang des Antrages
beim Ministerium

zur Weiterleitung an die
Hessische Bezügestelle
Zentrale Abrechnungsstelle
für Reisekosten
Postfach 1567
65005 Wiesbaden

Eingang bei der HBS

Antrag auf Erstattung von Betreuungs- und Pflegekosten gemäß § 12 Abs. 4 HGLG

Persönliche Angaben

SAP-Personalnummer

Name

Vorname

Anschrift Wohnort

Stammdienststelle

Telefonnummer

E-Mail-Adresse für Rückfragen

Bankverbindung

IBAN	BIC (Swift-Code)

Ich bin vollzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst teilzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst
 beurlaubt
 und alleinerziehend

Name und Alter der betreuten Kinder (Erstattung nur für Kinder unter 15 Jahren)	
	Jahre
	Jahre
	Jahre

Name des pflegebedürftigen Angehörigen (Bitte ärztliches Zeugnis vorlegen!)

Lebt eine weitere Person im Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, kann diese die Betreuung während des Seminars übernehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn nein, warum nicht?			
Übliche Anwesenheit dieser Person im Haushalt:	von	Uhr bis	Uhr

