

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse Kindertagespflegestelle: \_\_\_\_\_

**Ausfalltage aus privaten Gründen (wie z. Bsp. Urlaub)**

Datum / Zeitraum Anzahl Tage


**Ausfalltage wegen Erkrankung (Ärztliche Bescheinigung wurde vorgelegt)**

Datum / Zeitraum Anzahl Tage


**Fortbildungstage**

Ifd. Nr.	Titel der FOBI	Datum	Wochentag	Anzahl Std.

**Ausgleichstage für Fortbildungen an Wochenenden o. Feiertagen bzw. für Sammeltage\***

Datum Ausgleichstag	Ifd. Nr., für die der Ausgleichstag in Anspruch genommen wurde (bei Sammeltagen mehrere Ifd. Nr. angeben)	Bemerkungen

\* 8 Stunden bei einzelnen FOBI an Wochentagen bzw. ab 6 Stunden FOBI am WE/Feiertag

Ich erkläre, dass ich meine Ausfalltage vollständig angegeben habe. Für Ersatztagespflegepersonen mit Basissatz: Ich beantrage die Finanzierung meiner anerkannten Ausfalltage.

.....  
Unterschrift KTPP/ETPP

.....  
Bestätigung durch die BVST

Sollten die Zeilen für Ihre Eintragungen nicht ausreichen, verwenden Sie das Formular doppelt.