Ansprechpartnerin:

Sara Schlichting

s.schlichting@em.uni-frankfurt.de

Postanschrift:

Familien-Service Gleichstellungsbüro

Goethe-Universität

Hauspostfach 21

60629 Frankfurt am Main

**Antragsformular für Kostenerstattung**

**Meine Kontaktdaten:**

|  |
| --- |
|  Name, Vorname  |

|  |
| --- |
| Statusgruppe: wiss.Mitarbeiterin\*, Postdoktorandin\*, Habilitandin\*, AtMi…. |

|  |
| --- |
|  Fachbereich, Institut oder kooperierende Einrichtung |

|  |
| --- |
|  Tel. |

|  |
| --- |
|  E-Mail |

|  |
| --- |
| **Betreuungsgrund:** |
| [ ]  | Veranstaltung (z.B. Tagung, Konferenz, Workshop) |
| [ ]  | Labortätigkeit |
| [ ]  | Sonstiges, und zwar (Bitte führen Sie kurz aus): |
|  |  |
|  |  |
| **Angaben zur Betreuung:** |
| Betreuungsdatum |  |
| Betreuungszeitraum (Zeitraum/Stundenumfang) |  |
| Ort der Betreuung (z.B. Zuhause/Notbetreuung) |  |
| Betreuungskosten (Stundensatz max. 25 €/Stunde) |  |

**Angaben zur Betreuungsperson:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname (Betreuer\*in) |  |
| Adresse (privat o. geschäftlich) |  |
|  |  |
| Ort/Postleitzahl |  |
| Telefon (optional) |  |
| E-Mail (optional) |  |

**Nachweis einer besonderen Eignung/Schulung der Betreuungsperson liegt vor:**

Ja [ ]

Nein [ ]

**Anlage**

1. Nachweis zur zwingenden beruflichen Notwendigkeit

Die Betreuungskosten können nur im Falle einer zwingenden beruflichen Notwendigkeit übernommen werden, dies ist wie folgt nachzuweisen:

1. Unterschrift Arbeitgeber\*in/Promotionsbetreuer\*in

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname (Arbeitgeber\*in) |  |
| Institut/Lehrstuhl/Projekt |  |
|  |  |

Hiermit bestätige ich, dass eine notwendige dienstliche Tätigkeit im angegebenen Zeitraum vorliegt:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **Unterschrift Arbeitgeber\*in/Promotionsbetreuer\*in**

1. Nachweis über Teilnahme an beruflicher Veranstaltung, z.B. Konferenz (Bitte die Einladung oder das Programm dem Antrag anfügen)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **Unterschrift Antragssteller\*in**

1. Nachweis, dass keine andere Betreuung zur Verfügung steht

Hiermit erkläre ich, dass für den oben genannten Zeitraum keine andere Betreuungsmöglichkeit, etwa durch andere Erziehungsberechtigte, zur Verfügung steht:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **Unterschrift Antragssteller\*in**

1. Nachweis, dass die Bestimmungen des Fonds zur Kenntnis genommen wurden

Hiermit bestätige ich, dass ich folgende Hinweise zur Kenntnis genommen wurden:

1. Die Inanspruchnahme des Angebots pro Antragsteller\*in kann nur temporär, max. bis zu 1 Woche und nur bis zu einer Summe von 600 €/pro Jahr erfolgen (Summe pro Person). Der zu erstattende Betrag pro Betreuungsstunde wird auf maximal 25 € begrenzt. Etwaige Mehrkosten muss der\*die Antragsteller\*in selbst tragen.
2. Die beauftrage Betreuungsperson darf kein\*e Angehörige\*r sein und muss entweder institutionell angebunden oder nachweislich zur Betreuung von Kindern geschult/geeignet sein (Babysitter\*innen-Schulung, Studium der Pädagogik, Pfleger\*in, Erzieher\*in, Tagesmutter\*vater etc.).
3. Die Rechnung muss durch die Betreuungsperson direkt an den Familien-Service gestellt und adressiert werden. Für die Übernahme der Kosten, stellt die\*der Antragsstellende sicher, dass diese Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach der Betreuung an den Familien-Service gestellt wird. Für den Abrechnungsmonat Dezember gilt der 7. Dezember als Stichtag für die Rechnungsstellung. Später eintreffende Rechnungen können nicht beglichen werden und müssen von den Antragsstellenden selbst gezahlt werden.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **Unterschrift Antragssteller\*in (Datum/Ort/Unterschrift)**