Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ Ort _____

☐ Ratsmitglied
☐ Mitglied einer Bezirksvertretung
☐ Mitglied eines Ausschusses/einer Kommission

Stadt Münster
Amt für Bürger- und Ratsservice
48127 Münster
ratsservice@stadt-muenster.de

Ansprechperson
Sibylle Smolka
Telefon: 492 3361
E-Mail: smolka@stadt-muenster.de

Antrag auf Erstattung von Aufwendungen für die Kinderbetreuung und von pflegebedürftigen Angehörigen

gemäß § 45 GO NRW in Verbindung mit der Entschädigungsverordnung

☐ Ich beantrage die Übernahme der Kosten für notwendige Kinderbetreuung (Minderjährige bis 14 Jahren) während der Ausübung des Mandates.

Mir sind Kosten in Höhe von _____ € für die auf der Rückseite aufgeführten Termine entstanden.

☐ Ich beantrage die Übernahme der Kosten für notwendige Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen während der Ausübung des Mandates.

Mir sind Kosten in Höhe von _____ € für die auf der Rückseite aufgeführten Termine entstanden.

Die Hinweise im Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkläre hiermit, dass die Betreuungskosten in der angegebenen Höhe tatsächlich entstanden sind.

☐	Ich bitte, die Entschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:	
Kreditinstitut	BIC	IBAN

_____
Datum, Unterschrift

Kinderbetreuung bzw. Betreuung von pflege- oder betreuungsbedürftige Angehörige (Dauer der Tätigkeit bzw. der Sitzung)						
Datum	**Sitzung/ Termin**	**Uhrzeit von – bis**	**Betreuende Person**	**Betrag**	**Unterschrift der betreuenden Person**	Stunden (wird von der Verwaltung eingetragen)

Gesamtstunden

Bearbeitungsvermerk des Amtes für Bürger- und Ratsservice

Stundensatz: _____ €

Zuordnung auf folgende Entschädigungsarten:

	Stunden	Betrag
Rat		€
BV		€
Sonstige		€
insgesamt		€

Im Auftrag geprüft:

Erfassung in Session: