



Antrag auf Leistungen aus dem Familienbudget 2025

Name*	
Vorname*	
Anschrift*	
E-Mail-Adresse	
Telefon*	
Arbeitgeber / Dienststelle*	
Eintrittsdatum*	
Bankverbindung*	
Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden*	

* Pflichtfelder

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Feld an, wenn Sie in diesem Bereich Ausgaben hatten.

In den einzelnen Feldern unter dem jeweiligen Monat tragen Sie die Anzahl der Personen ein bzw. die erstattungsfähigen Kosten.

Sollte sich die Tabelle für Ihre individuellen Ausgaben nicht eignen, können Sie auch gerne ein separates Blatt benutzen.

Wir benötigen für alle Angaben einen entsprechenden Nachweis (in Kopie).

Bitte melden Sie nur Leistungen an, die durch keine andere Kostenstelle erstattet oder gezahlt wurden (Krankenkasse, Zusatzversicherung, etc.).

Bitte lesen Sie sich vor dem Ausfüllen des Antrags die Erläuterungen durch!



1.) Kostenpflichtige Betreuung eines leiblichen Kindes, Adoptiv- oder Pflegekindes in Kita, Tagespflege oder Nachmittagsbetreuung sowie Kosten für Nachhilfe.

Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	



2.) Kostenpflichtige Verpflegung eines leiblichen Kindes, Adoptiv- oder Pflegekindes in Kita, Tagespflege oder Nachmittagsbetreuung (in der Betreuungseinrichtung).

Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	



3.) Zuschuss zu einer kostenpflichtigen Ausbildung/Studium für ein leibliches Kind, Adoptiv- oder Pflegekind bis 27 Jahren

Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	



4 a.) Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen durch den/die Mitarbeiter/in **Pflegegrad 1 - 2**

Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	



☐	4 b.) Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen durch den/die Mitarbeiter/in Pflegegrad 3												
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	

☐	4 c.) Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen durch den/die Mitarbeiter/in Pflegegrad 4 + 5												
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	

☐	5.) Gesundheitsfördernde Maßnahmen												
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	

☐	6.) Sehhilfen (zum Ausgleich einer Sehschwäche)												

☐	7.) Hörgerät und Zubehör												

☐	8.) Bestattungsbeihilfe												

☐	9.) Besondere persönliche Notlage												

Diesen Antrag bitte ausgefüllt und unterschrieben bis zum 31.01.2026 auf dem Postweg an:

MAV an der Dill
Am Hintersand 15
35745 Herborn

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.
Schriftliche Nachweise für alle Angaben sind diesem Schreiben in Kopie beigelegt.
Mir ist bekannt, dass mein Antrag nur berücksichtigt werden kann, wenn er bis zum 31.01.2026
im Büro der MAV an der Dill vorliegt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in