

Antrag zur Zahlung eines Abschlages für erhöhte Einnahmeausfälle gemäß § 17b Abs. 2 S. 7 Kindertagesstättengesetz - KitaG



Landkreis Dahme-Spreewald
 Amt für Kinder, Jugend und Familie
 Kita-Finanzierung
 Beethovenweg 14
 15907 Lübben (Spreewald)

Jahr: _____

1. Angaben zum Träger			
Träger			
Anschrift (Str., Hsnr., PLZ, Ort)			
Ansprechpartner/in			
Telefon		Fax	
E-Mail			

2. Bankverbindung	
Kreditinstitut	
IBAN	

3. Berechnung	
Name der Einrichtung	
Anzahl der beitragspflichtigen Kinder im Alter von 3 Jahre bis zur Beitragsfreiheit	
Elternbeitrag für den Monat September	
durchschnittlicher Elternbeitrag je Kind	
erhöhter Einnahmeausfall / Kind (Differenz 125,00 € zu durchschnittlichem Elternbeitrag je Kind)	

Die Verrechnung der Abschlagszahlung erfolgt unter Berücksichtigung der mit dem zum 01. September eingereichten Antrag nachgewiesener tatsächlicher Einnahmeausfälle für das ablaufende Kalenderjahr (§ 17b Absatz 7).

 Ort, Datum

 rechtsverbindliche Unterschrift