

Meldebogen für den Ausgleich entgangener Einnahmeausfälle gemäß § 17b Abs. 1 Kindertagesstättengesetz - KitaG (Pauschalbetrag)



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

Stichtag: _____

Quartal: _____

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 Kinder § 17a Abs. 1 S. 1 KitaG (regulär)	Anzahl der Kinder § 17a Abs. 1 S. 3 KitaG (Hilfemaßnahmen)	Anzahl der Kinder § 17a Abs. 2 S. 4 KitaG (Rückstellung)	Gesamt- kinderzahl für den Ausgleich
Summe				
Pauschalbetrag				
Ausgleich für _____ (Summe Kinder x 125,00 € x 3 Monate)				

Ort, Datum _____

rechtsverbindliche Unterschrift _____