

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



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)	Gesamt- kinderzahl für den Ausgleich
Summe			
Pauschalbetrag			
Ausgleich für _____ (Summe Kinder x 125,00 € x 3 Monate)			

Ort, Datum _____

rechtsverbindliche Unterschrift _____