

Nachweis höherer Einnahmeausfälle gemäß § 17b Abs. 2 Kindertagesstättengesetz - KitaG



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

Stichtag: _____

Jahr: _____

Name der Einrichtung	
----------------------	--

Erfasst werden die Kinder ab dem 3. Lebensjahr bis zum Jahr vor der Einschulung für den Monat September

Ifd. Nr.	Geb.-Datum	Elternbeitrag Monat September	in Euro
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Ifd. Nr.	Geb.-Datum	Elternbeitrag Monat September _____ in Euro
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift