Meldebogen für den Ausgleich entgangener Einnahmeausfälle gemäß § 17b Abs. 1 Kindertagesstättengesetz - KitaG (Pauschalbetrag – letztes 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)			
AnsprechpartnerIn			
Telefon		Fax	
E-Mail			

2. Bankverbindung	
Kreditinstitut	
IBAN	

3. Berechnung

Name der Einrichtung	**Anzahl der Kinder**			**Gesamtkinderzahl für den Ausgleich**
	§ 17a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KitaG (regulär)	**§ 17a Abs. 1 S. 3 KitaG (Hilfemaßnahmen)**	**§ 17a Abs. 3 S. 3 KitaG (Rückstellung)**	
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
	Summe			**0**
	Pauschalbetrag			125,00 €
	Ausgleich für _____/_____ (Summe Kinder x 125,00 € x 3 Monate)			**0**

Ort, Datum _____

rechtsverbindliche Unterschrift _____

Speichern | Drucken | nur Zahlen (3.) löschen | alle Eingaben löschen