Meldebogen für den Ausgleich entstehender Einnahmeausfälle (Elternbeitragsfreiheit/-begrenzung)

gemäß § 50 Abs. 1 und 2 sowie § 51 KitaG

Posteingangsstempel der Poststelle:

Landkreis Märkisch-Oderland
Jugendamt
FD Kindertagesbetreuung
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Bitte ausschließlich per Mail an:
Finanzierung_KiTa@landkreismol.de

Aktenzeichen:

Stichtag: _____
Quartal: _____
Jahr: _____

1. Angaben Träger und Einrichtung			
Träger			
Anschrift (Str., Hsnr., PLZ, Ort)			
AnsprechpartnerIn			
Telefon		E-Mail	

2. Bankverbindung	
Kreditinstitut	
KontoinhaberIn	
IBAN	

LANDKREIS MÄRKISCH-ODERLAND

3. Berechnung			
3.1 Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahre (Krippe)			
Name der Einrichtung	**Anzahl der Kinder**		
	Elternbeitrags-freiheit (§ 50 Abs. 1 KitaG)	**Beitragsfreiheit bis 35.000 € (§ 50 Abs. 2 KitaG)**	**Beitrags-begrenzung aufgrund Einkommen (§ 51 KitaG)**
Summe	**0**	**0**	**0**
Pauschalbetrag	30,00 €	65,00 €	65,00 €
Ausgleich für _____ /_____ (Summe Kinder x Pauschalbetrag x 3 Monate)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
Gesamtausgleich	**0,00 €**		
3.2 Kinder im Grundschulalter (Hort)			
Name der Einrichtung	**Anzahl der Kinder**		
	Elternbeitrags-freiheit (§ 50 Abs. 1 KitaG)	**Beitragsfreiheit bis 35.000 € (§ 50 Abs. 2 KitaG)**	**Beitrags-begrenzung aufgrund Einkommen (§ 51 KitaG)**
Summe	**0**	**0**	**0**
Pauschalbetrag	30,00 €	30,00 €	30,00 €
Ausgleich für _____ /_____ (Summe Kinder x Pauschalbetrag x 3 Monate)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
Gesamtausgleich	**0,00 €**		

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Speichern **Drucken** **nur Zahlen löschen** **alle Eingaben löschen**