Meldebogen für den Ausgleich entgangener Einnahmeausfälle (Pauschalbetrag)

gemäß § 17b Abs. 1 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	

3. Berechnung				
Name der Einrichtung	**Anzahl der Kinder §17a KitaG**			
	letztes Kita-Jahr (Abs. 1 S. 1 Nr. 1)	**Rückstellung (Abs. 3 S. 3)**	**vorletztes Kita-Jahr (Abs. 1 S. 1 Nr. 2)**	**3. Lebensjahr vollendet (Abs. 1 S. 1 Nr. 3)**
Summe	**0**	**0**	**0**	**0**
Pauschalbetrag	125,00 €			
Ausgleich für _____ /_____ (Summe Kinder x 125,00 € x 3 Monate)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
Gesamtausgleich	**0,00 €**			

_____ _____

Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift

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