

# Meldebogen für den Ausgleich entgangener Einnahmeausfälle (Pauschalbetrag)

gemäß § 17b Abs. 1 Kindertagesstättengesetz - KitaG



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				
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				
Pauschalbetrag	125,00 €			
Ausgleich für _____ (Summe Kinder x 125,00 € x 3 Monate)				
Gesamtausgleich				

Ort, Datum \_\_\_\_\_

rechtsverbindliche Unterschrift \_\_\_\_\_