

Kostenausgleichsverfahren

Für mein / unser Kind:

Vorname	Nachname	geb. am	Staatsangeh.	m / w
----------------	-----------------	----------------	---------------------	--------------

habe ich / haben
wir
ab dem

Datum	Betreuungsbedarf täglich in der Zeit von Uhr bis Uhr.
--------------	--

_____ Im Kindergarten meiner / unserer Wohngemeinde steht ein bedarfsgerechter Betreuungsplatz nicht zur Verfügung.

_____ Ich wünsche / wir wünschen die Unterbringung in einem auswärtigen Kindergarten aus folgenden Gründen:

Mein / unser Kind kann einen Betreuungsplatz in folgender Einrichtung erhalten:

Name der Kita:	
Adresse der Kita:	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Platzvergabe ab dem:	Datum
Tägliche Betreuungszeit	Stunden

Namen und Anschrift der Eltern und/bzw. Personensorgeberechtigten / des allein erziehenden Elternteils

Name Mutter bzw. alleinerziehend:	
Name Vater:	
Anschrift:	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Telefonnummer: E-Mail:	

Ich bitte / wir bitten um Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift / Unterschriften