

## Bestätigung für das Landratsamt Ebersberg – Kreisjugendamt

Bitte von der Tageseinrichtung oder dem Träger sorgfältig und genau ausfüllen lassen!

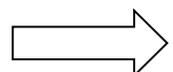
Name, Vorname	Geburtsdatum:
besucht ab ..... unsere Tageseinrichtung	<input type="checkbox"/> Krippe
<input type="checkbox"/> 11 Monate (bis 31.07.) <input type="checkbox"/> 12 Monate (bis 31.08.)	<input type="checkbox"/> Kindergarten
	<input type="checkbox"/> Hort

<b>ausgewählte Gruppe:</b>	
..... Stunden	von ..... Uhr bis ..... Uhr
Die Kosten für die <b>ausgewählte Gruppe</b> belaufen sich auf monatlich:	
Grundgebühr	€
- Geschwisterermäßigung (falls zutreffend)	€
- Beitragszuschuss (falls zutreffend)	€
+ Spielgeld	€
+ Getränkegeld	€
<b>= Beitrag für die <u>ausgewählte Gruppe</u>:</b>	<b>€</b>

<b>Betreuungszeit von 5 – 6 Stunden täglich:</b> (bitte immer ausfüllen)	
5 - 6 Stunden	von ..... Uhr bis ..... Uhr
Die Kosten für die <b>kürzeste Gruppe</b> belaufen sich auf monatlich:	
Grundgebühr	€
- Geschwisterermäßigung (falls zutreffend)	€
- Beitragszuschuss (falls zutreffend)	€
+ Spielgeld	€
+ Getränkegeld	€
<b>= Beitrag für die Betreuung von <u>5-6 Stunden täglich</u>:</b>	<b>€</b>

<b>Mittagsverpflegung / Essensgeld</b>	
<input type="checkbox"/> Kosten pro Tag / Mittagessen	€
<input type="checkbox"/> Kostenpauschale monatlich	€
Hinweis: Die Abrechnung erfolgt über Rechnungsstellung. Essensgeld ist bei vorliegenden Voraussetzungen bei Bildung und Teilhabe, SG 21 Frau Schinagl Tel. 08092 823-503, zu beantragen	

Datum, Unterschrift und Stempel der Tageseinrichtung



**Bitte zurücksenden an:**

Az. 6/4351/Förderangebote

Landratsamt Ebersberg  
-Kreisjugendamt-  
Frau Huber / Frau Cross  
Eichthalstraße 5  
85560 Ebersberg

**Anschrift der Kindertageseinrichtung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

**Bankverbindung der Kindertageseinrichtung:**

IBAN: .....

BIC: .....

Bank: .....