

Leistungen für Bildung und Teilhabe



Bestätigung über die Höhe der monatlichen Kosten für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung

☞ Bitte nur vom Anbieter der Mittagsverpflegung ausfüllen lassen.

zur Vorlage beim: Landratsamt Fürstfeldbruck
Amt für Soziales, Bildung und Teilhabe / SGB II
Münchner Straße 32, 82256 Fürstfeldbruck

Das leistungsberechtigte Kind:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Postleitzahl / Wohnort	Straße / Hausnummer

nimmt ab _____ an der gemeinschaftlichen **Mittagsverpflegung** teil:

Name der Betreuungseinrichtung

Postleitzahl / Wohnort	Straße / Hausnummer

Ansprechpartner /in	Telefon

Die **Mittagsverpflegung (ohne Brotzeit und sonstige Kosten)** beträgt:

- Kosten zur Mittagsverpflegung _____ €
- Kosten für Brotzeit _____ €
- Sonstige Kosten für _____ €

und wird folgendermaßen abgerechnet:

- pro eingenommenem **Mittagessen**. Die Rechnung folgt.
- als monatlicher Pauschalbetrag in Höhe von _____ € für _____ Tage pro Woche / Monat.

Der Monat August ist beitragsfrei ? ja nein

Die Erstattung soll auf folgende **Bankverbindung der Schule / Kindertageseinrichtung** überwiesen werden:

DE
IBAN

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Anbieters