

### Erklärung für den Monat \_\_\_\_\_

über die Betreuung von \_\_\_\_\_

		Name des Kindes				Geboren am					
		von der Tagespflegeperson / Eltern auszufüllen				vom FB Jugend auszufüllen					
	Datum	Betreuung in der Zeit		unvermeidbare Ausfallzeit*		Verpflegung durch			Anzahl Stunden		
		von	bis	Tagespflegeperson	Kind	Tagespflegeperson	Normal	Ungünstige Zeiten	über Nacht		
1. Woche	Mo					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Di					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Mi					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Do					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Fr					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Sa					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	So					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
2. Woche	Mo					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Di					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Mi					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Do					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Fr					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Sa					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	So					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
3. Woche	Mo					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Di					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Mi					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Do					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Fr					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Sa					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	So					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
4. Woche	Mo					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Di					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Mi					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Do					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Fr					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Sa					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	So					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
5. Woche	Mo					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Di					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Mi					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Do					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Fr					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	Sa					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
	So					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A					
<b>Summe</b>											

\*) Krankheit = KR, Fortbildung = FB, Sonstiges =S (ist gesondert zu begründen)

F= Frühstück

M= Mittagessen

A= Abendessen

Wir bestätigen hiermit, dass das Kind im Abrechnungszeitraum - wie umseitig angegeben - insgesamt

an		Tagen
im Umfang von		Stunden

in Tagespflege betreut worden ist.

Bemerkungen:

Der Zuschuss zur Tagespflege soll überwiesen werden auf das Konto der Tagespflegeperson.

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
IBAN	
BIC	
Kontoinhaber, falls nicht mit Tagespflegeperson übereinstimmend	

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Kindesmutter / Kindsvater)

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Tagespflegeperson)