

Name und Anschrift des Trägers

Ort, Datum

Landratsamt Vogtlandkreis
Jugendamt SG I
WJH – Elternbeiträge Kita
Stephanstr. 9
08606 Oelsnitz

Antrag auf Erstattung
der Absenkungsbeiträge
für Kindertageseinrichtungen
und Kindertagespflegestellen
- Asyl -

für den Zeitraum:

Januar - März 201__ ()
Juli - September 201__ ()

- zutreffendes bitte (x) ankreuzen -
April - Juni 201__ ()
Oktober-Dezember 201__ ()

1. Antragsteller

Name	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Auskunft erteilt Herr/Frau	Telefon:

Bankverbindung:

Kontoinhaber	IBAN	zu Gunsten der Haushaltstelle
	BIC	
bei kommunalen Träger bitte Gemeindekennziffer angeben		
bei freien Trägern, zuständiger Spitzenverbandes Trägers:		

2. Einrichtung

Name der Einrichtung	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Name der Leiterin der Einrichtung	Berufsabschluss:

Wir bitten um Erstattung der Absenkungsbeiträge, die in unserer Einrichtung, im umseitig genannten Zeitraum gemäß § 15 Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG, Bekanntmachung vom 15.05.2009, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 29. April 2015) ermäßigt worden sind, in Höhe von

.....EURO

Der Ermäßigungsbetrag ergibt sich aus der folgenden Aufstellung (s.Anlage).

Anzahl der Kinder, für welche im letzten Monat des Quartales
Absenkungsbeiträge gewährt wurden: Kinder
- bitte unbedingt mit der Quartalsabrechnung für März, Juni, September und Dezember angeben -

Wir erklären, dass die Angaben in diesem Antrag einschließlich der Anlage richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Zeichnungsberechtigten des Trägers

Buchungsvermerk Jugendamt:

Auszahlungsanordnung i.H.v.:€ Produkt: 364101
Konto: 43310206

Sachlich und rechnerisch richtig:..... Datum:
SachbearbeiterIn

Bemerkungen: