

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 (100%)	Ungünstige Zeiten (125%)	über Nacht (50%)
1. Woche	Mo					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Di					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Mi					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Do					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Fr					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Sa					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	So					☐ F ☐ M ! ☐ A			
2. Woche	Mo					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Di					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Mi					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Do					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Fr					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Sa					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	So					☐ F ☐ M ! ☐ A			
3. Woche	Mo					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Di					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Mi					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Do					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Fr					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Sa					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	So					☐ F ☐ M ! ☐ A			
4. Woche	Mo					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Di					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Mi					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Do					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Fr					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Sa					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	So					☐ F ☐ M ! ☐ A			
5. Woche	Mo					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Di					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Mi					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Do					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Fr					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	Sa					☐ F ☐ M ! ☐ A			
	So					☐ F ☐ M ! ☐ A			
Summe									

*) 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	
Kontoinhaber, falls nicht mit Tagespflegeperson übereinstimmend	

(Ort / Datum)

(Kindesmutter / Kindesvater)

(Ort / Datum)

(Tagespflegeperson)