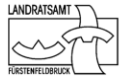


Leistungen für Bildung und Teilhabe



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
82256 Fürstfeldbruck, Münchner Str. 32

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	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 Eigenanteil von 1,00 € pro Mittagessen ist von diesem Betrag schon abgezogen ? ja nein

Der Monat August ist beitragsfrei ? ja nein

Die Erstattung soll auf folgende **Bankverbindung des Leistungserbringers** überwiesen werden:

DE
IBAN

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Anbieters