

| Name, Vorname<br>Wohnort des Kindes | Geburtsdatum | tägliche<br>Betreuungs-<br>zeit | Bedarf lt.<br>JHA-<br>Beschluss | ungekürzter<br>Elternbeitrag<br>pro Monat | besucht als<br>... Kind eine<br>Einrichtung | Name der Einrichtung,<br>welche Geschwisterkinder<br>besuchen | allein-<br>erzie-<br>hend | Asyl-<br>bewer-<br>ber | abgesenkter<br>Elternbeitrag | Absen-<br>kungsbeitrag<br>pro Monat | x Anzahl<br>Monate | Absenkungs-<br>betrag gesamt |
|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------------------|
|                                     |              | in Std.                         | in Std.                         | in EUR                                    |   |   |                           | in EUR                 | in EUR                       |                                     | in EUR             |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |
|                                     |              |                                 |                                 |   |   |   |                           |                        |                              |                                     |                    |                              |

**Summe**

Bitte geben Sie die Kinder sortiert nach Betreuungsart und in alphabetischer Reihenfolge an.