

Leistungsempfänger

.....
.....
.....
.....

Landschaftsverband
Westfalen-Lippe
Dezernat Jugend und Schule
Referat 50

48133 Münster

Leistungsnachweis

**über die Leistungen der Eingliederungshilfe und ggfls. ergänzender Mittel zum
behinderungsbedingten Mehraufwand in der inklusiven Kindertagespflege**

Name der Tagespflegestelle

Anschrift

Kindergartenjahr 20...../20.....

1. Aufstellung der geförderten und anerkannten Kinder

lfd. Nr.	Datum des Bewilligungsbescheides	Name und Vorname des geförderten Kindes	Bewilligungszeitraum lt. Bewilligungsbescheid von bis	Tatsächlicher Betreuungszeitraum von bis	Wöchentliche Betreuungszeit (lt. Betreuungsvertrag)
1					
2					
3					

2. Ausgaben für behinderungsbedingte Mehraufwendungen

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ja

Nein

- Fortbildung
- Fachberatung

☐☐☐☐

(bitte hierzu sofern noch nicht vorliegend, Kopie/n der Rechnung/en beifügen)

3. Sonstige Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe wie z.B. Sachmittelkosten

(bitte hierzu sofern noch nicht vorliegend, Kopie/n der Rechnung/en beifügen)

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

- die Bestimmungen des Bewilligungsbescheides beachtet wurden,
 - die Betreuung nach § 22 KiBiz, entsprechend mit der Platzabsenkung für Kinder mit Behinderung nach dem Bewilligungsbescheid nicht überschritten wurde.
 - die Refinanzierung der Betriebskostenpauschale zweckentsprechend für die entfallenen Monate unter Punkt 1 gem. dem Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen vom 11. November 2016 (IV C 6-S 2246/07/10002:005; BStBl I 2016,1236 geltend gemacht wird
- sowie eine Übereinstimmung der Einnahmen und Ausgaben mit den Büchern und Belegen vorliegt.

.....
Ort, Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift