

**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**