

**Monatlicher Betreuungsnachweis
für laufende Geldleistungen nach § 23 SGB VIII**

Für den Monat _____ wurde für das _____

Kind			
Familiennamen			Vorname
Straße/Hausnummer	PLZ	Wohnort	Geburtsdatum

von der

Kindertagespflegeperson
Name
Wohnort

die Betreuung in folgendem Umfang geleistet:

Bewilligte Betreuungszeitstufe (BZS) in Stunden pro Woche:	Tag(e) pro Woche:
---	-------------------

Ja

Nein

Folgende Änderungen sind eingetreten:

Tatsächlich betreute Tage	
Ausfallzeiten der Kindertagespflegeperson (Urlaub/Krankheit/Fortbildung. Bei Fortbildung bitte Nachweis beifügen)	
Ausfallzeiten Kind (bei Krankheit ärztliche/s Attest/Bestätigung beifügen, damit keine Anrechnung auf die satzungsgemäß geregelten Ausfalltage erfolgt.)	
sonstige Betreuungszeiten (beispielsweise nachts, am Wochenende)	
Bemerkungen	

Die Richtigkeit der oben gemachten Angaben wird hiermit versichert:

Datum, Unterschrift der Kindertagespflegeperson

Datum, Unterschrift der Eltern