Adresse Kindertageseinrichtung

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Nur von der Kindertageseinrichtung Auszufüllen, falls diese gleichzeitig Träger der Mittagsverpflegung ist!

Rückantwort

an das
Jobcenter Weiden – Neustadt 75102//00
Weigelstr. 24
92637 Weiden

Bestätigung der Kindertageseinrichtung 2024/2025

Die Kindertageseinrichtung bietet ein gemeinschaftliches Mittagessen an.
Der Preis hierfür beträgt pro Tag _____€.

Ab _____ ist das Kind
Datum (bei Neuanmeldungen)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Postleitzahl, Wohnort

für das gemeinschaftliche Mittagessen für ___Tage pro Woche angemeldet.

Werden durch Dritte weitere Zuschüsse zum Mittagessen für das o.g. Kind geleistet?
☐ nein ☐ ja, durch _____ in Höhe von _____€/Mahlzeit

Ort, Datum Stempel Kindertageseinrichtung Unterschrift

Leistungserbringer / Träger für das gemeinschaftliche Mittagessen:

(Nur auszufüllen falls abweichend von den Daten der Kindertageseinrichtung)

Name des Leistungserbringers/Trägers

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon für evtl. Rückfragen

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Ort, Datum Stempel Leistungserbringer/Träger Unterschrift