



### **Bewilligungsbescheid/e des LWL mit Betreuungszeit des Kindes**

Lfd. Nr.	Datum des Bewilligungsbescheides	Name und Vorname des geförderten Kindes	Bewilligungszeitraum von bis	Betreuungszeitraum von bis
1				
2				

### **Absenkung der Platzzahl nach den Übergangsregelungen des LWL in der Tagespflegestelle, in der/denen Kinder mit Behinderung betreut werden.**

Plätze gesamt in der Tagespflegestelle	Belegte Plätze in der Tagespflegestelle	Kinder mit Behinderungen	Freie Platzzahl in dieser Gruppe

### **Kostenübersicht**

**Bewilligte Zuwendungen des LWL in Höhe von** **Euro**

**Zahlungen wurden in nachfolgender Höhe geleistet, für**

- die Tagespflegeperson selbst in Höhe von **Euro**
- Qualifizierung der Tagespflegeperson in Höhe von **Euro**
- Motopädie und Beratungsleistungen für Therapie in Höhe von **Euro**
- behindertengerechte Ausstattung oder Spielmaterialien in Höhe von **Euro**
- Finanzierung von Vertretungspersonen in Höhe von **Euro**
- Qualifizierung der Fachberatung des Jugendamtes (max. 20%) **Euro**
- Sonstige Aufwendungen für \_\_\_\_\_ in Höhe von **Euro**

**Gesamtbetrag der Ausgaben** **Euro**

**Gesamtbetrag der Einnahmen** **Euro**

---

**Differenz** **Euro**

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

- die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheides beachtet wurden,
- die LWL-Mittel zweckentsprechend im Sinne der LWL-Vorgaben aus den Übergangsregelungen verausgabt wurden, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und eine Übereinstimmung der Einnahmen und Ausgaben mit den Büchern und Belegen vorliegt,

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben werden hiermit bestätigt.

.....

**Ort, Datum**

.....

**rechtsverbindliche Unterschrift**