



Bestätigung über den Bedarf an gemeinschaftlicher-Mittagverpflegung (für SGB II-, SGB XII-, AsylbLG- und Wohngeld/KIZ-Berechtigte)	Ausgabedatum:
--	---------------

Name (Kind)	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
Das Kind/der Jugendliche besucht		
<input type="checkbox"/> eine allgemeinbildende oder berufsbildende Schule <input type="checkbox"/> eine Tageseinrichtung für Kinder <input type="checkbox"/> eine Tagespflegestelle		
Name und Anschrift der Schule/ Kindertageseinrichtung/Tagespflegestelle		

Vom Anbieter auszufüllen

Das Kind/der Jugendliche nimmt regelmäßig an dem gemeinschaftlichen Mittagessen teil
Bei Schülern/die Schülerinnen: <input type="checkbox"/> an allen Schultagen <input type="checkbox"/> an durchschnittlich _____ Tagen im Jahr
Bei Besuch einer Tageseinrichtung/Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> an allen Öffnungstagen, das sind ca. _____ im Jahr <input type="checkbox"/> an durchschnittlich _____ Tagen im Monat
Anbieter des Mittagessens: _____ Name und Anschrift der Schule/ der Tageseinrichtung/ Tagespflegestelle/ des Mensabetreibers
Die Kosten werden abgerechnet: <input type="checkbox"/> nach Rechnungstellung: _____ € je tatsächlich eingenommenem Mittagessen <input type="checkbox"/> monatlich (pauschal) mit _____ €
Bankverbindung des Anbieters: IBAN: _____ BIC: _____ Bei der Überweisung anzugebender Verwendungszweck: _____
Bestätigung _____
Ort, Datum Unterschrift des Anbieters