

## Anlage 2

### Erstattung der sozialverträglichen Staffelung der Elternbeiträge

gemäß § 21 Abs. 2 KiföG M-V in Verbindung mit § 90 des Achten Buches Sozialgesetzbuch  
und § 2 der Satzung des Landkreises Nordwestmecklenburg

Träger der Einrichtung :

Kindertageseinrichtung/Tagespflegeperson

Geschwisterkinder	Name	Einrichtung der Geschwisterkinder	Elternbeitrag in EUR pro Monat - 100 %	Elternbeitrag in EUR pro Monat - gestaffelt	Ermäßigung in EUR pro Monat	Ermäßigung Gesamt für Quartal 20	Bemerkungen
1. Kind - 100 % 2. Kind - 95 % 3. Kind - 90 % 4. Kind - 85 %							
1. Kind - 100 % 2. Kind - 95 % 3. Kind - 90 % 4. Kind - 85 %							
1. Kind - 100 % 2. Kind - 95 % 3. Kind - 90 % 4. Kind - 85 %							
1. Kind - 100 % 2. Kind - 95 % 3. Kind - 90 % 4. Kind - 85 %							
1. Kind - 100 % 2. Kind - 95 % 3. Kind - 90 % 4. Kind - 85 %							

Ort

Datum

rechtverbindliche Unterschrift

**Anlage 1**

**Formular zur Staffelung des Elternbeitrages gemäß § 21 Abs. 2 Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommerns (KiföG M-V)  
im Landkreis Nordwestmecklenburg**

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

<b>Namen der Kinder</b>	<b>Betreuungsbeginn</b>	<b>Name d. Einrichtung/ Tagespflegestelle</b>	<b>Ermäßigung ab</b>	<b>vorraussichtl. Ende der Betreuung</b>	<b>Elternbeitrag (voll)</b>	<b>Elternbeitrag (gestaffelt)</b>	<b>Unterschrift der Einrichtung bzw. Tagespflegestelle</b>
1.							
2.							
3.							
4.							

Datum:

Unterschrift der Personensorgeberechtigten:

**Originalformular verbleibt in der Einrichtung/Träger bzw. Tagespflegestelle, in der letztmalig gestaffelt wird.  
Alle anderen Einrichtungen/Träger bzw. Tagespflegepersonen fertigen eine Kopie an.**