

Jugendamt (Stempel)
---------------------

Geschäftszeichen

Bearbeiter



Fax

Datum

## KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

**für Kinder, die einen Anspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung im Land Brandenburg haben und eine Förderung im Land Berlin erhalten wollen** auf der Grundlage des Staatsvertrages zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg über die gegenseitige Nutzung von Plätzen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung

### Für das Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--

Wohnanschrift des Kindes

wurde der anliegende Leistungsbescheid am  erteilt.

**Das o.g. Kind hat einen täglichen Betreuungsanspruch von \_\_\_\_\_ Stunden.**

Der **Regelkostensatz** lt. Alter und Betreuungsumfang des Kindes beträgt z.Zt. \_\_\_\_\_ **€ monatlich.**

Die Kostenübernahme (Regelkostensatz) wird befristet bis zum  weil,

Das Kind hat aufgrund der nachgewiesenen Behinderung **laut Bescheid des zuständigen Brandenburger Sozialleistungsträgers (s. Anlage)** einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35 a des Achten Buches Sozialgesetzbuch / nach §§ 53/54 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und erhält somit eine zusätzliche personelle Hilfe.

Die Ausgleichszahlung für den zusätzlichen Förderbedarf wird durch den zuständigen Sozialleistungsträger in Höhe von z.Zt. \_\_\_\_\_ **€ monatlich** übernommen. **(Kostenübernahme als Anlage beifügen!)**

Die Kostenübernahme des Sozialleistungsträgers ist **laut dessen Bescheid** befristet bis zum  (s. Anlage).

Die Kosten entsprechen der derzeit geltenden Höhe der Ausgleichszahlungen/Kostensätze pro Platz/Jahr und pro Platz/Monat in Berliner Tageseinrichtungen gültig für das Jahr **200\_\_\_\_\_**.

**Die Höhe der Kostenübernahme wird jährlich entsprechend der einschlägigen Steigerungssätze angepasst.** Es werden die jeweils geltenden Kostensätze entsprechend des Alters und des erforderlichen Betreuungsumfanges des Kindes in Rechnung gestellt und übernommen.

Im Auftrag