

Stadt Neuss  
Der Bürgermeister  
Jugendamt  
- Abt. 51.1.1 -  
41456 Neuss

Datum: \_\_\_\_\_

**Ausfallzeiten**  
für

|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Name, Vorname des Kindes | Name, Vorname der Tagespflegeperson |
|--------------------------|-------------------------------------|

Es kam zu folgender Abweichung:

| Monat | <u>Nicht</u> geleistete Betreuungsstunden |
|-------|---|
|       |   |
|       |   |
|       |   |

Bemerkungen:

---

---

---

**Wurde die Betreuung durch eine Ersatztagespflegeperson geleistet ?**

nein       ja      (Wenn ja, bitte die Rückseite von der Ersatztagespflegeperson ausfüllen lassen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

\*\*\*\*\*

Vorstehende Abrechnung wurde geprüft.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachberatung

