

---

Absender

An die  
Stadt Bielefeld  
Amt für Soziale Leistungen – Sozialamt –  
Abteilung Leistungen für Bildung und Teilhabe  
33597 Bielefeld

**Leistungen für Bildung und Teilhabe**  
**hier: Abrechnung von Kosten anlässlich der Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mit-**  
**tagsverpflegung für den Monat 20 im Rahmen einer Pauschalabrech-**  
**nung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf die mir vorliegenden Kostenübernahmeinformationen bitte ich Sie, die mir entstandenen Kosten anlässlich der Teilnahme der nachfolgend genannten Personen an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung für den o.g. Monat zu erstatten.

Nach Abzug zweckidentischer Leistungen Dritter sind die anliegend ausgewiesenen Kosten verblieben. Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass mir für die nachfolgend genannten Personen Kostenübernahmeinformationen für den o.g. Monat vorliegen. Eine Rechnungsstellung Ihnen gegenüber ist durch mich insoweit bisher noch nicht erfolgt.

**Für Schulen:**

Ich versichere weiterhin, dass die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in schulischer Verantwortung angeboten wird oder durch einen Kooperationsvertrag zwischen Schule und Tageseinrichtung vereinbart ist.

Mit freundlichem Gruß

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

**Abrechnung von Kosten anlässlich der Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung  
für den Monat 20 im Rahmen einer Pauschalabrechnung  
Anlage zum Schreiben vom**

<b>Nachname, Vorname des Kindes/der Schülerin/ des Schülers</b>	<b>Aktenzeichen laut Kostenübernahmeinformation</b>	<b>Kosten</b>	<b>Raum für Bemerkungen (z.B. bei Beendigung der Teilnahme oder bei reduziertem Kostensatz in- folge längerer Erkrankung)</b>
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
Summe Blatt 1		€	

Nachname, Vorname des Kindes/der Schülerin/ des Schülers	Aktenzeichen laut Kostenübernahmeinformation	Kosten	Raum für Bemerkungen (z.B. bei Beendigung der Teilnahme oder bei reduziertem Kostensatz in- folge längerer Erkrankung)
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
Gesamtsumme Blatt 1 u. 2		€	