

**Name und Anschrift der Einrichtung:**

**Abrechnungsmonat:**

Ifd. Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Leistungen (bitte ankreuzen)					Bewilligungszeitraum		Teilnah- metage	Kosten je Mittag- essen	Summe Teilhabe- leistung (Tage x Kosten)
			SGB II	SGB XII	Wohn- geld	KiZ	AsylbIG	vom	bis			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Für die Richtigkeit:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Einrichtungsleitung