

**Antrag auf Ermäßigung des Elternbeitrages für den Besuch der
Kindertageseinrichtung
Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung**

An das
zuständige Sozialamt
der Wohngemeinde

Eltern/ Elternteil: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Name des 1. Kindes: _____

für das der volle Elternbeitrag entrichtet wird

Geburtsdatum: _____

Kindertageseinrichtung: _____

Besuch der Einrichtung voraussichtlich bis: _____

Ich / Wir beantragen Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung für folgende Kinder:

Name des 2. Kindes: _____ geb. am: _____

Kindertageseinrichtung: _____

Besuch der Einrichtung ab: _____

Name des 3. Kindes: _____ geb. am: _____

Kindertageseinrichtung: _____

Besuch der Einrichtung ab: _____

Ort; Datum

Unterschrift