



KREIS OSTHOLSTEIN

Antrag auf Ermäßigung des Teilnahmebeitrages oder der Gebühren für die Förderung in einer Kindertageseinrichtung

Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung

An
Kreis Ostholstein
Materielle und rechtliche Jugendhilfe
-Kindertagesstätten-
Lübecker Str. 41
23701 Eutin

Erstantrag

Folgeantrag

I. Persönliche Angaben

Frau Herr

Eltern / Elternteil:	
Anschrift:	
Telefon Festnetz:	
Mobil-Telefon:	
eMail-Adresse:	

II. Name des (1.) Kindes

für das der volle Elternbeitrag entrichtet wird

Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Kindertageseinrichtung:	
Besuch der Einrichtung bis:	

Ich/wir beantragen Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung für folgende Kinder:

III. Name des (2.) Kindes

Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Kindertageseinrichtung:	
Besuch der Einrichtung ab:	

IV. Name des (3.) Kindes

Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Kindertageseinrichtung:	
Besuch der Einrichtung ab:	

V. Erklärung:

Wer Sozialleistungen beantragt, ist gem. § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) verpflichtet, alle für die Leistungen erheblichen Tatsachen anzugeben und die erforderlichen Unterlagen und Angaben beizubringen. Die Verpflichtung zur Auskunftserteilung ergibt sich auch aus § 97a SGB VIII.

Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann die Leistung gem. § 66 SGB I bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt bzw. entzogen werden.

Ich stimme/wir stimmen einer Verarbeitung meiner/unserer persönlichen Daten im Rahmen der Vorschriften des Kinder- und Jugendhilferechts (SGB VIII) zu.

Ich bin/wir sind ebenfalls damit einverstanden, dass die Entscheidung über diesen Antrag auch dem Träger der Kindertageseinrichtung bekannt gegeben wird.

Ich bestätige/wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift