



Antrag zur Ermäßigung des Kindertagesstätten- oder Tagespflegeentgelts wegen Geschwisterkinder

Hansestadt Lübeck
 Der Bürgermeister
 Kita- Entgeltermäßigung
 Verwaltungszentrum Mühlenort
 Kronsfordter Allee 2-6
 23539 Lübeck

Antragssteller (-in):

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Ich/ wir beantrage(n) die Ermäßigung des Elternbeitrages wegen Geschwisterkinder

(Für jedes Kind ist ein gesonderter Ermäßigungsantrag zu stellen)

Werden mehrere Geschwisterkinder gleichzeitig in anerkannten Kindertageseinrichtungen oder Tagespflegestellen im Stadtgebiet der Hansestadt Lübeck betreut, so reduziert sich der Elternbeitrag

- vom jüngsten Kind an gerechnet (volles Entgelt)
- für das nächstältere Kind um 30%
- für das dann nächstältere Kind um 60%
- für jedes weitere ältere Kind um 100%

1. Bitte tragen Sie hier das Kind ein, für das eine Ermäßigung beantragt wird:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Kind	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform: Krippe Elementar Schulkind Tagespflege	
Betreuungsumfang: halbtags (unter 6 h) ganztags (über 6 h) von _____ Uhr bis _____ Uhr	
Betreuungsentgelt ohne Geschwisterermäßigung: _____ EUR	Betreuungsentgelt mit Geschwisterermäßigung: _____ EUR
Bestätigung des Trägers der Einrichtung, bzw. bei Tagespflege Bestätigung eines Fachberaters zur Vermittlung von Tagespflegestellen, Verbund Kindertagespflege, Dr.- Julius- Leber- Str. 26-30, 23552 Lübeck	
Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

2. Bitte tragen Sie hier die Kinder ein, die sich in anderen anerkannten Betreuungsverhältnissen befinden und für die die Geschwisterermäßigung mitgezählt werden soll

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Geschwisterkind 1	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform: Krippe Elementar Schulkind Tagespflege	
Betreuungsumfang: halbtags (unter 6 h) ganztags (über 6 h) von _____ Uhr bis _____ Uhr	
Betreuungsentgelt ohne Geschwisterermäßigung: _____ EUR	Betreuungsentgelt mit Geschwisterermäßigung: _____ EUR
Bestätigung des Trägers der Einrichtung, bzw. bei Tagespflege Bestätigung eines Fachberaters zur Vermittlung von Tagespflegestellen, Verbund Kindertagespflege, Dr.- Julius- Leber- Str. 26- 30 , 23552 Lübeck	
Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

Geschwisterkind 2	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform: Krippe Elementar Schulkind Tagespflege	
Betreuungsumfang: halbtags (unter 6 h) ganztags (über 6 h) von _____ Uhr bis _____ Uhr	
Betreuungsentgelt ohne Geschwisterermäßigung: _____ EUR	Betreuungsentgelt mit Geschwisterermäßigung: _____ EUR
Bestätigung des Trägers der Einrichtung, bzw. bei Tagespflege Bestätigung eines Fachberaters zur Vermittlung von Tagespflegestellen, Verbund Kindertagespflege, Dr.- Julius- Leber- Str. 26- 30 , 23552 Lübeck	
Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

3. Hinweise:

Der Bewilligungszeitraum für die Ermäßigung beginnt ab dem Monat, in dem der Antrag beim Fachbereichsdienst Kindertagesbetreuung eingegangen ist.

4. Erklärung:

Ich/ wir versichere(n) pflichtgemäß mit meiner/ unserer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

Lübeck, _____
Datum

Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten