



Antrag zur Ermäßigung des Kindertagesstätten- oder Tagespflegeentgelts wegen Geschwisterkinder

Hansestadt Lübeck
 Fachbereich Kultur und Bildung
 Entgeltermäßigung Kindertagesbetreuung
 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%

Da eine Abrechnung direkt mit der Kindertagesstätte erfolgt, erhalten Sie keine Eingangsbestätigung und auch keinen Bescheid.

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

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Kind	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung (bzw. Tagespflegeperson mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform: Krippe <input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/>	
Betreuungsumfang: halbtags <input type="checkbox"/> (unter 6 h) ganztags <input type="checkbox"/> (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 und Stempel der Kita bzw. Verbund Kindertagespflege

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

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Geschwisterkind 1	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung (bzw. Tagespflegeperson mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform: Krippe <input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/>	
Betreuungsumfang: halbtags <input type="checkbox"/> (unter 6 h) ganztags <input type="checkbox"/> (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 und Stempel der Kita bzw. Verbund Kindertagespflege

Geschwisterkind 2	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung (bzw. Tagespflegeperson mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform: Krippe <input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/>	
Betreuungsumfang: halbtags <input type="checkbox"/> (unter 6 h) ganztags <input type="checkbox"/> (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 und Stempel der Kita bzw. Verbund Kindertagespflege

3. Hinweise:

Eine Ermäßigung des Betreuungsentgeltes erfolgt maximal 3 Monate rückwirkend ab dem Monat in dem der Antrag eingeht.

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