

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

Amt Schrevenborn  
Der Amtsdirektor  
Fachbereich IV  
Fachdienst für Sozialwesen  
Dorfplatz 2  
24226 Heikendorf

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