

Antrag auf Geschwisterermäßigung des Elternbeitrags

für:

Name des Kindes/der Kinder: _____

Kindertageseinrichtung: _____

Adresse: _____

Träger: Evangelische Kirche Heidelberg

Einkommensstufe				
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Regel/VÖ <input type="checkbox"/>		Tagheim <input type="checkbox"/>		
(bitte ankreuzen)				

Name des 1. Geschwisterkindes: _____		
Betreuungseinrichtung:	_____	voraussichtlich bis: _____
Adresse:	_____	
Träger	_____	
Wir bestätigen, dass o.g. Geschwisterkind in der genannten Einrichtung betreut wird:		
Stempel	Datum	Unterschrift des Trägers/der Trägervertretung

Name des 2. Geschwisterkindes: _____		
Betreuungseinrichtung:	_____	voraussichtlich bis: _____
Adresse:	_____	
Träger	_____	
Wir bestätigen, dass o.g. Geschwisterkind in der genannten Einrichtung betreut wird:		
Stempel	Datum	Unterschrift des Trägers/der Trägervertretung

Aufgrund dieser Nachweise beantrage ich ab _____ eine Geschwisterermäßigung des Elternbeitrags für das o.g. Kind/ die o.g. Kinder, die in Ihrer Einrichtung betreut werden.
Ich verpflichte mich, Änderungen dieser Betreuungsverhältnisse sofort mitzuteilen.
Anträge, die bis zum 15. des laufenden Monats bei der Kita-Leitung eingehen, können i.d.R. für den Folgemonat umgesetzt werden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des/der Sorgeberechtigten _____