



# KREIS OSTHOLSTEIN

## Antrag auf Ermäßigung des Elternbeitrages in Kindertageseinrichtungen

### Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung

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

#### Persönliche Angaben

Familie     Frau     Herr

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

#### Angaben 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:

#### Name des (2.) Kindes:

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

**Name des (3.) Kindes:**

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

**Erklärung:**

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben werde(n) ich/wir dem Kreis Ostholstein unverzüglich mitteilen. Es ist bekannt, dass falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen zur Folge haben können, dass eine zu Unrecht gewährte Beitragsermäßigung zurückerstattet werden muss. Mit der Überprüfung der von mir/uns gemachten Angaben erkläre ich mich/erklären wir uns ausdrücklich einverstanden. Dieses Einverständnis umfasst auch die Erhebung von Daten, die für die Bearbeitung dieses Antrages erforderlich sind.

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift