

Ermäßigung des Elternbeitrages zum Besuch einer Kindertageseinrichtung

An das
Amt Großer Plöner See
Der Amtsvorsteher
Sozialamt
Heinrich-Rieper-Str. 8
24306 Plön

Antrag auf eine Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung

Eltern / Elternteil: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Name des 1. Kindes: _____

für das der volle Elternbeitrag entrichtet wird

Geburtsdatum: _____

Kindertageseinrichtung: _____

Besuch der Einrichtung voraussichtlich bis: _____

Ich beantrage eine 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: _____

Hinweis

Die Ermäßigung kann frühestens ab Beginn des Antragsmonats gewährt werden. Sie gilt längstens bis zum Ende des jeweiligen Kindergartenjahres (01.08. des laufenden Jahres – 31.07. des Folgejahres).

Ort und Datum

Unterschrift