



Antrag auf Geschwisterermäßigung für Elternbeiträge offene Ganztagschulen – Schulkindbetreuung Klasse 1 bis 4

Hansestadt Lübeck
 Der Bürgermeister
Schule Tremser Teich
Am Behnckenhof 37
 23554 Lübeck

Antragssteller (-in): _____
 Straße, Hausnr.: _____
 PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____

Ich/ wir beantrage(n) die Geschwisterermäßigung des Elternbeitrages

(Für jedes Kind ist ein gesonderter Ermäßigungsantrag zu stellen)

Werden mehrere Geschwisterkinder gleichzeitig in **anerkannten** Kindertageseinrichtungen oder Tagespflegestellen oder in der Schulkindbetreuung Klasse 1 bis 4 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 auf 12 Euro

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

Schulkind	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung Malteser Hilfsdienst gGmbH Beginn: _____	
Betreuungsform: Schulkind <input type="checkbox"/>	
Betreuungsumfang (zutreffendes bitte ankreuzen): 3-Tage-Vertrag <input type="checkbox"/> 5-Tage-Vertrag <input type="checkbox"/> von _____ Uhr bis _____ Uhr	
Bestätigung Malteser Hilfsdienst gGmbH Die Angaben zu dem vorgenannten Schulkind werden bestätigt.	
Lübeck, _____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel Malteser Hilfsdienst gGmbH

2. Bitte tragen Sie auf der folgenden Seite die JÜNGEREN Kinder ein, die sich in anderen anerkannten Betreuungsverhältnissen befinden und für die die Geschwisterermäßigung mitgezählt werden soll

Geschwisterkind 1	
Name, Vorname: _____	geb.: _____
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform (zutreffendes bitte ankreuzen): Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Schulkind <input type="checkbox"/>	
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 des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

Geschwisterkind 2	
Name, Vorname: _____	geb.: _____
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform (zutreffendes bitte ankreuzen): Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Schulkind <input type="checkbox"/>	
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 des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

Geschwisterkind 3	
Name, Vorname: _____	geb.: _____
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform (zutreffendes bitte ankreuzen): Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Schulkind <input type="checkbox"/>	
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 des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

3. Hinweise:

Der Bewilligungszeitraum für die Ermäßigung beginnt ab dem Monat, in dem der Antrag in der Schule eingegangen ist. Ich/wir verpflichten uns, die Schule unverzüglich über Änderungen des Betreuungsverhältnisses bzw. Wegfall der Betreuung der/des Geschwisterkindes zu informieren.

4. Erklärung:

Ich/ wir versichere(n) pflichtgemäß mit meiner/ unserer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Veränderungen meiner/unserer persönlichen Verhältnisse mit Auswirkungen auf die Geschwisterermäßigung habe(n) ich/wir unverzüglich anzuzeigen.

Lübeck, _____

Datum _____ Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten