

Antrag auf Geschwisterrabatt

Angaben zum Kind

| | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------|
| Name, Vorname des Kindes | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Kundennummer/FAD | | | |
| Name der Einrichtung | | | |
| Betreuungsstunden | <input type="text"/> | h täglich | <input type="text"/> € Betrag |

Angaben zum Geschwisterkind 1

| | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------|
| Name, Vorname des Kindes | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Kundennummer/FAD | | | |
| Name der Einrichtung | | | |
| Betreuungsstunden | <input type="text"/> | h täglich | <input type="text"/> € Betrag |

Angaben zum Geschwisterkind 2

| | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------|
| Name, Vorname des Kindes | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Kundennummer/FAD | | | |
| Name der Einrichtung | | | |
| Betreuungsstunden | <input type="text"/> | h täglich | <input type="text"/> € Betrag |

| | |
|--|----------------------|
| Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten | <input type="text"/> |
|--|----------------------|

Der Nachweis über den Bezug von Kindergeld ist diesem Antrag in Kopie beizufügen

Der/die Erziehungsberechtigte(n) versichern, dass vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind.

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift Leiterin Kindertageseinrichtung

Bearbeitungshinweise – wird von der Verwaltung ausgefüllt

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Posteingang am | <input type="text"/> |
| Bearbeitet zum | <input type="text"/> |
| Datum und Unterschrift Bearbeiter | <input type="text"/> |