

Antrag auf Ermäßigung oder Übernahme der Betreuungsgebühr/des Betreuungsbeitrages

Landeshauptstadt Kiel

Amt für Schulen

Frau/Herrn _____

Andreas-Gayk-Straße 31

24103 Kiel

Eingang am: _____

Schuljahr: _____

(bei Betreuten Grundschulen anzugeben)

52.0.3 52.0.4

Aktenzeichen: _____

(Bitte immer angeben!)

Erstantrag ab: _____

Wiederholungsantrag ab: _____

Antrag auf Geschwisterermäßigung

Antrag auf Ermäßigung der Gebühr/des Beitrages wegen geringen Einkommens

Höchstgebürzahler (keine weiteren Angaben zum Einkommen erforderlich)

Erziehungsberechtigte(r)/Antragstellerin:		Ehepartner(in)/Lebenspartner(in):	
Name:	_____	Name:	_____
Vorname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____
Ggf. Geburtsname:	_____	Ggf. Geburtsname:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	PLz, Ort:	_____
Familienstand:	_____		
Leibliches Kind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leibliches Kind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon:	_____	E-Mail:	_____

Ich/wir beantrage(n) die Ermäßigung der Betreuungsgebühr/des Betreuungsbeitrages gem. der Gebührensatzung der Landeshauptstadt Kiel für Kindertageseinrichtungen, geförderte Tagespflege und Gebundene Ganztagsgrundschulen vom 12.09.2014. (Inkrafttreten ab 01.01.2015)

Name, Vorname des Kindes:		Geburtsdatum:
Name der Kindertageseinrichtung (KTE), Tagespflegeperson (TPP) oder Betreuten Grundschule (BGS) mit Anschrift: (Bitte genau angeben!)		Aufnahme seit/ab:
Betreuungsstunden tägl. bei KTE, TPP oder BGS:	Stunden/täglich	
Monatlicher Betreuungsbeitrag bei BGS:	€	
Teilnahme Essen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kiel-Karte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Kiel-Karte beifügen)	<input type="checkbox"/> Beantragt

Bitte geben Sie die Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen an: _____

Zum Haushalt gehörende Kinder:

	1. Geschwisterkind	2. Geschwisterkind	3. Geschwisterkind
Name, Vorname des Geschwisterkindes:			
Geburtsdatum:			
Gemeinsames Kind der antragstellenden Eltern/ des antragstellenden Elternteils	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kind nur im Verhältnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kind nur im Verhältnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kind nur im Verhältnis
zum Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefkind, Pflegekind, Enkelkind, soweit in Ihren Haushalt aufgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name und Anschrift der KTE, TPP oder BGS:			
Aufnahme seit/ab:			
Ist ein Kind bereits in Ausbildung (Schule, betr. Ausbildung, Studium, wenn ja, wo?)			
Ausbildungsbeginn:			
voraussichtliches Ausbildungsende:			
Art der Einnahmen:			
Einnahmen monatlich:			

Hinweis: Sollten weitere Kinder in Ihrem Haushalt leben, teilen Sie uns dies analog der Tabelle auf einem separaten Blatt bitte mit.

Sonstige im Haushalt lebende Personen:

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			

Familieneinkommen monatlich:

	<u>Erziehungsberechtigte</u>	<u>Erziehungsberechtigter</u>
Mtl. Bruttoeinkommen inkl. VL		
abzgl. Lohnsteuer/EK-Steuer		
abzgl. Kirchensteuer		
abzgl. Solidaritätszuschlag		
abzgl. Rentenversicherung inkl. ZV-Umlage		
abzgl. Krankenversicherung		
abzgl. Pflegeversicherung		
abzgl. Arbeitslosenversicherung		
abzgl. Fahrtkosten und Arbeitsmittel (s. unten)		
abzgl. Unterhaltsverpflichtungen		
Zwischensumme	€	€
Weihnachtsgeld(netto: 12 oder brutto X 5%)		
Urlaubsgeld(netto: 12 oder brutto X 5%)		
Kindergeld(soweit nicht im Brutto)		
Wohngeld/Mietlastenzuschuss		
Unterhaltsbezüge (auch UVG)		
Aushilfslohn		
Leistungen Arbeitslosengeld I (ALG 1)		
Leistungen Arbeitslosengeld II bzw. Jobcenter		
Leistungen Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)		
Rente/n (Art. _____)		
Krankengeld		
BAföG (nur Zuschuss)/BAB		
Kinderzuschlag		
Elterngeld/Mutterschaftsgeld		
Provisionen/Sparzulagen/Einkommen aus Kapitalvermögen		
Eink. aus Vermietung/Verpachtung		
Sonstiges Einkommen		
Einkommen pro Person	€	€
Familieneinkommen gesamt	€	

Angaben zu Fahrtkosten:

Stadtgebiet Kiel ab 2 km Monatsticket KVG/PKW außerhalb Kiel max. 40 km	Anschrift der Arbeitsstelle	einfache Entfernung zur Arbeitsstelle	Wie fahren Sie zur Arbeit?
Erziehungsberechtigte		km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn <input type="checkbox"/> eigenes Auto
Erziehungsberechtigter		km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn <input type="checkbox"/> eigenes Auto

Wichtig: Alle zur Prüfung erforderlichen Unterlagen (in Kopie) sind dem Antrag beizufügen.

Sonstige Ergänzungen/Angaben:

Erklärung:

Ich/wir versicher(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Die erforderlichen Nachweise zur Prüfung sind in Kopie beigelegt.

Mir/uns ist bewusst, dass falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen strafbar sind und verfolgt werden können.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, Änderungen in den Einkommens- und/oder Familienverhältnissen unverzüglich mitzuteilen. Mir/uns ist auch bekannt, dass bei Nichteinhaltung der Anzeigepflicht die Ermäßigung entfällt bzw. eine Rückforderung erfolgt.

Bei fehlender Mitwirkung nach § 60 ff SGB I wird eine Ermäßigung zu den Kosten der Kindertagesbetreuung nicht gewährt.

Die Gebührensatzung der Landeshauptstadt Kiel für Kindertageseinrichtungen, geförderte Tagespflege und Gebundene Ganztagsgrundschulen habe(n) ich/wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers/der Antragsteller(in)