

**Diesen Antrag bitte beim örtlichen Sozialamt der Amts-/Stadt- oder Gemeindeverwaltung abgeben.**

Frau/Herr \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

**Antrag**

**auf eine Ermäßigung des Regel Elternbeitrages in Kindertageseinrichtungen aufgrund geringen Einkommens gem. der Satzung des Kreises Herzogtum Lauenburg zur sozialen Ermäßigung von Elternbeiträgen und zur Geschwisterermäßigung zur Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen für das Kindergartenjahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

| Eine Ermäßigung wird für folgende/s Kind/er beantragt: | Geb.-Datum des Kindes | Name und Adresse der Kindertageseinrichtung: | Höhe des Regelbeitrages: (ohne Essengeld) |
|--|-----------------------|--|---|
| 1) _____   | _____                 | Kita _____                                   | € _____                                   |
| 2) _____   | _____                 | Kita _____                                   | € _____                                   |
| 3) _____   | _____                 | Kita _____                                   | € _____                                   |

**Gibt es Geschwisterkinder, die in einem Angebot des offenen Ganztags betreut werden?** Anzahl: \_\_\_\_\_  
Gilt nur wenn das Angebot an mindestens 4 Tagen in der Woche kostenpflichtig genutzt wird. **Nachweis ist zu erbringen.**

**Gibt es Geschwisterkinder, die in der Tagespflege betreut werden?**  Ja  Nein

Wenn ja (Name des/der Kindes/er):

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_



**1. Personalien der im Haushalt lebenden Personen**

|                    |                       |   |   |
|--------------------|-----------------------|---|---|
| <b>Personalien</b> | <b>Mutter / Vater</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ehepartner/in</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Lebensgefährte/in</b> |
|                    |                       | Mutter/Vater des/der o. a. Kindes/r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |   |
| Name               | _____                 | _____   |   |
| Vorname            | _____                 | _____   |   |
| Geb.-Datum         | _____                 | _____   |   |
| Familienstand      | _____                 | _____   |   |

**Namen von weiteren Personen, die im Haushalt leben**

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Namen von weiteren Personen, die nicht im Haushalt leben, jedoch unterhalten werden**

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Sofern Sie Empfänger/in von Leistungen nach dem SGB II (Jobcenter) oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, von Sozialhilfe nach dem SGB XII, Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz oder von Kinderzuschlag sind, kreuzen Sie bitte das oder die entsprechenden Felder an und legen den/die entsprechenden Leistungsbescheid/e vor.

**Die Rückseite braucht in diesen Fällen nicht ausgefüllt werden!**

|                             |                          |                             |                          |                                 |                          |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Leistungen nach dem SGB II  | <input type="checkbox"/> | Asylbewerberleistungsgesetz | <input type="checkbox"/> | Wohngeld                        | <input type="checkbox"/> |
| Leistungen nach dem SGB XII | <input type="checkbox"/> | Kinderzuschlag              | <input type="checkbox"/> | <b>bitte Rückseite beachten</b> |                          |

| 2. Einkommen  | Nettoeinkommen der im Haushalt lebenden Personen |       |                  |
|---|--|-------|------------------|
|   | Mutter   | Vater | weitere Personen |
| <b>Arbeitseinkommen (Netto)</b><br>Verdienstbescheinigungen über die letzten 6 Monate vor der Antragstellung – ggfs. Steuerbescheid vom Finanzamt           |  |       |                  |
| <b>Weihnachts- / Urlaubsgeld</b>  |  |       |                  |
| <b>Nettoeinkommen Selbständiger</b><br>Bescheinigung von einer anerkannten Behörde (z. B. Finanzamt) bzw. von einem anerkannten Prüfer (z.B. Steuerberater) |  |       |                  |
| <b>Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, BaföG, o.a.</b>   |  |       |                  |
| <b>Renten (auch Zusatz- und Werksrenten, Pensionen)</b>   |  |       |                  |
| <b>Kindergeld</b>   |  |       |                  |
| <b>Unterhalt des getrennt lebenden Elternteils / Unterhaltsvorschuss</b>  |  |       |                  |
| <b>Elterngeld</b>   |  |       |                  |
| <b>Sonstige Einnahmen (z.B. Kapitaleinkünfte, Zinserträge, Vermietung, Verpachtung)</b>   |  |       |                  |

| 3. Belastungen   | Belastungen |  |  |
|--|-------------|--|--|
| <b>Kaltmiete</b><br>Mietvertrag beifügen   |             |  |  |
| <b>Mietnebenkosten (ohne Strom)</b>  |             |  |  |
| <b>Zinsbelastungen sowie Nebenkosten bei Hauseigentum</b>  |             |  |  |
| <b>Versicherungen wie z.B.</b><br>● Hausrat-Versicherung<br>● Haftpflicht-Versicherung   |             |  |  |
| <b>Fahrtkosten zum Arbeitsplatz</b><br>Angabe über Entfernung zum Arbeitsplatz pro Arbeitnehmer (km einfach Fahrt) bzw. Kosten für öffentl. Verkehrsmittel |             |  |  |
| <b>Unterhaltsverpflichtungen</b>   |             |  |  |
| <b>Sonstige Belastungen</b><br>(z.B. doppelte Haushaltsführung, Arbeitsmittel, Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaft o. ä.)                            |             |  |  |

**Hinweis: Eine Bearbeitung kann nur erfolgen, wenn der Antrag vollständig ausgefüllt ist und alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.**

**Erklärung:**

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben (insbesondere der Einkommensverhältnisse) werde(n) ich / wir unverzüglich mitteilen und eine Neuberechnung veranlassen. Es ist bekannt, dass falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen zur Folge haben, dass zu Unrecht empfangene Beitragsermäßigungen erstattet werden müssen. Zudem erkläre ich mich mit der Weitergabe des Prüfergebnisses an die Kita einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Personensorge- oder Erziehungsberechtigten