

**Antrag auf Ermäßigung des Regelbeitrages in  
Kindertageseinrichtungen  
Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung**

An das  
zuständige Sozialamt

Eltern/ Elternteil: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Name des 1. Kindes:** \_\_\_\_\_

*für das der volle Elternbeitrag entrichtet wird*

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_

Ich / Wir beantragen Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung für folgende Kinder:

**2. Kind Name:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung ab: \_\_\_\_\_

**3. Kind Name:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung ab: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort; Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift