

Antrag auf Ermäßigung des Regelbeitrages in Kindertageseinrichtungen
Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung

An das
Amt Bokhorst-Wankendorf
Kampstraße 1
24601 Wankendorf

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