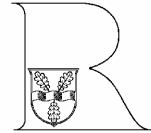


Stadt Reinbek
 Der Bürgermeister
 Amt für Soziales, Jugend, Bildung und Kultur
 Kinder, Jugend und Sport
 Hamburger Straße 5-7
 21465 Reinbek

Ansprechpartnerin:
 Frau Martina Melchert
 Tel.: 040/727 50 378
 Fax: 040/727 50 262
 E-Mail: Soziales@reinbek.landsh.de
 Zimmer: 135, 1. Stock



Geschwisterermäßigung (Kita / Kita)

entsprechend der "Richtlinie des Kreises Stormarn für eine Sozialstaffel für die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuungen" in der zur Zeit gültigen Fassung beantrage/n ich/wir eine Geschwisterermäßigung für die kostenpflichtige Betreuung meiner/unserer Kinder.

Persönliche Daten		
	Sorgeberechtigte / Antragsteller	
Name		
Vorname		
Straße		
Wohnort		
Telefonnummer		

Kinder in Betreuung			
Die Kinder benennen Sie bitte absteigend nach dem Lebensalter.			
	1. Kind	2. Kind	3. Kind
	Keine Ermäßigung	70 Prozent	100 Prozent
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Betreuungseinrichtung			
Beginn der Betreuung			

Bitte fügen Sie Nachweise über die Betreuung bei (Bescheinigung der betreuenden Einrichtung).

Vorstehende Angaben habe/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können und zu Unrecht erlangte Ermäßigungen erstatten muss/müssen.

Auf meine/unsere Mitwirkungspflicht bei der Feststellung von Sozialleistungen (§§ 60 bis 67 SGB I) wurde ich/wurden wir hingewiesen.

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass personenbezogene Daten zur Bearbeitung dieses Antrages im automatisierten Verfahren verarbeitet werden dürfen.

Abtretungserklärung

Im Falle einer Beitragsermäßigung trete ich / treten wir meine/unsere Ansprüche gegenüber dem Kreis Stormarn (örtlicher Träger der Jugendhilfe) an den Träger der von meinem/unserem Kind besuchten Kindertageseinrichtung ab.

 Ort, Datum

 Unterschrift der/des Sorgeberechtigten