



**Antrag auf Geschwisterermäßigung für Elternbeiträge offene Ganztagschulen –  
Schulkindbetreuung Klasse 1 bis 4**

Hansestadt Lübeck  
Der Bürgermeister  
**Schule Grönauer Baum**  
23562 Lübeck

Antragssteller (-in):

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

**Ich/ wir beantrage(n) die Geschwisterermäßigung des Elternbeitrages**

(Für jedes Kind ist ein gesonderter Ermäßigungsantrag zu stellen)

Werden mehrere Geschwisterkinder gleichzeitig in anerkannten Kindertageseinrichtungen oder Tagespflegestellen oder in der Schulkindbetreuung Klasse 1 bis 4\* im Stadtgebiet der Hansestadt Lübeck betreut, so reduziert sich der Elternbeitrag

- vom jüngsten Kind an gerechnet (volles Entgelt)
- für das nächstältere Kind um 30%
- für das dann nächstältere Kind um 60%
- für jedes weitere ältere Kind um 100%

**1. Bitte tragen Sie hier das Kind ein, für das eine Ermäßigung beantragt wird:**

<b>Kind</b>	
Name, Vorname: _____ geb.: _____	
Einrichtung Integrative Betreute Grundschule Grönauer Baum e.V. <span style="float: right;">Beginn: _____</span>	
Betreuungsform: Schulkind <input type="checkbox"/>	
Betreuungsumfang (zutreffendes bitte ankreuzen): 3-Tage-Vertrag <input type="checkbox"/> 5-Tage-Vertrag <input type="checkbox"/> von _____ Uhr bis _____ Uhr	
Bestätigung Integrative Betreute Grundschule Grönauer Baum e.V.. Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel Integrative Betreute Grundschule Grönauer Baum e.V.

**2. Bitte tragen Sie auf der folgenden Seite die JÜNGEREN Kinder ein, die sich in anderen anerkannten Betreuungsverhältnissen befinden und für die die Geschwisterermäßigung mitgezählt werden soll**

\*Anerkannte Schulkindbetreuung Klasse 1 bis 4 siehe beigefügte Liste  
Stand Mai 2017

<b>Geschwisterkind 1</b>	
Name, Vorname: _____	geb.: _____
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform (zutreffendes bitte ankreuzen): Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Schulkind <input type="checkbox"/>	
Bestätigung des Trägers der Einrichtung, bzw. bei Tagespflege Bestätigung eines Fachberaters zur Vermittlung von Tagespflegestellen, Verbund Kindertagespflege, Dr.- Julius- Leber- Str. 26- 30 , 23552 Lübeck	
Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

<b>Geschwisterkind 2</b>	
Name, Vorname: _____	geb.: _____
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform (zutreffendes bitte ankreuzen): Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Schulkind <input type="checkbox"/>	
Bestätigung des Trägers der Einrichtung, bzw. bei Tagespflege Bestätigung eines Fachberaters zur Vermittlung von Tagespflegestellen, Verbund Kindertagespflege, Dr.- Julius- Leber- Str. 26- 30, 23552 Lübeck	
Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

<b>Geschwisterkind 3</b>	
Name, Vorname: _____	geb.: _____
Einrichtung (bzw. Tagespflege- person mit Anschrift): _____ Beginn: _____	
Betreuungsform (zutreffendes bitte ankreuzen): Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Schulkind <input type="checkbox"/>	
Bestätigung des Trägers der Einrichtung, bzw. bei Tagespflege Bestätigung eines Fachberaters zur Vermittlung von Tagespflegestellen, Verbund Kindertagespflege, Dr.- Julius- Leber- Str. 26- 30, 23552 Lübeck	
Die Angaben zu dem vorgenannten Kind werden bestätigt.	
Lübeck, _____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Trägers, bzw. der Fachberaterin/ des Fachberaters

**3. Hinweise:**

Der Bewilligungszeitraum für die Ermäßigung beginnt ab dem Folgemonat, in dem der Antrag in der Schule eingegangen ist und läuft am Ende des jeweiligen Schuljahres aus.

**4. Erklärung:**

Ich/ wir versichere(n) pflichtgemäß mit meiner/ unserer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Veränderungen meiner/unserer wirtschaftlichen Verhältnisse habe(n) ich/wir unverzüglich anzuzeigen.

Lübeck, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten