



**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 auf 12 Euro

**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 2018

<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 Monat, in dem der Antrag in der Schule eingegangen ist. Ich/wir verpflichten uns, die Schule unverzüglich über Änderungen des Betreuungsverhältnisses bzw. Wegfall der Betreuung der/des Geschwisterkindes zu informieren.

**4. Erklärung:**

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

Lübeck, \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten