

**Diesen Antrag bitte beim örtlichen Sozialamt der Amts-/Stadt- oder  
Gemeindeverwaltung abgeben.**

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (Ort, Datum)

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

**Antrag**

**auf eine Ermäßigung des Regelaltersbeitrages in Kindertageseinrichtungen aufgrund  
geringen Einkommens nach Kapitel V der Förderungsrichtlinien des Kreises Herzogtum  
Lauenburg für das Kindergartenjahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

<b>Eine Ermäßigung wird für folgende/s Kind/er beantragt:</b>	<b>Geb.-Datum des Kindes</b>	<b>Name und Adresse der Kindertageseinrichtung:</b>	<b>Höhe des Regelbeitrages: (ohne Essengeld)</b>
1) _____	_____	Kita _____	€ _____
2) _____	_____	Kita _____	€ _____
3) _____	_____	Kita _____	€ _____

**Gibt es Geschwisterkinder, die in der Tagespflege betreut werden?**  Ja  Nein

Wenn ja (Name des/der Kindes/er):

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

**1. Personalien der im Haushalt lebenden Personen**

<b>Personalien</b>	<b>Mutter / Vater</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ehepartner/in</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lebensgefährte/in</b>
		Mutter/Vater des/der o. a. Kindes/r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____	_____
Familienstand	_____	_____	_____

**Namen von weiteren Personen,  
die im Haushalt leben**

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Namen von weiteren Personen, die nicht im  
Haushalt leben, jedoch überwiegend  
unterhalten werden**

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Sofern Sie Empfänger von Leistungen nach dem SGB II (Jobcenter) oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, von Sozialhilfe nach dem SGB XII oder von Kinderzuschlag sind, kreuzen Sie bitte das oder die entsprechenden Felder an und legen den/die entsprechenden Leistungsbescheid/e vor.

**Die Rückseite braucht in diesen Fällen nicht ausgefüllt werden!**

Leistungen nach dem SGB II	<input type="checkbox"/>	Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/>
Leistungen nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/>	Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/>

**bitte Rückseite beachten**

2. Einkommen	Nettoeinkommen der im Haushalt lebenden Personen		
	Mutter	Vater	weitere Personen
<b>Arbeitseinkommen (Netto)</b> Verdienstbescheinigungen über die letzten 6 Monate vor der Antragstellung – ggfs. Steuerbescheid vom Finanzamt			
<b>Weihnachts- / Urlaubsgeld</b>			
<b>Nettoeinkommen Selbständiger</b> Bescheinigung von einer anerkannten Behörde (z. B. Finanzamt) bzw. von einem anerkannten Prüfer (z.B. Steuerberater)			
<b>Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, BaföG, o.a.</b>			
<b>Wohngeld</b>			
<b>Renten (auch Zusatz- und Werksrenten, Pensionen)</b>			
<b>Kindergeld</b>			
<b>Unterhalt des getrennt lebenden Elternteils / Unterhaltsvorschuss</b>			
<b>Elterngeld</b>			
<b>Sonstige Einnahmen (z.B. Kapitaleinkünfte, Zinserträge, Vermietung, Verpachtung)</b>			

3. Belastungen	Belastungen		
<b>Kaltmiete</b> Mietvertrag beifügen			
<b>Mietnebenkosten (ohne Strom und Heizung)</b>			
<b>Zinsbelastungen sowie Nebenkosten bei Hauseigentum</b>			
<b>Versicherungen wie z.B.</b> ● Hausrat-Versicherung ● Haftpflicht-Versicherung			
<b>Fahrtkosten zum Arbeitsplatz</b> Angabe über Entfernung zum Arbeitsplatz pro Arbeitnehmer (km einfach Fahrt)			
<b>Unterhaltsverpflichtungen</b>			
<b>Sonstige Belastungen</b> (z.B. doppelte Haushaltsführung, Arbeitsmittel, Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaft o. ä.)			

**Hinweis: Eine Bearbeitung kann nur erfolgen, wenn der Antrag vollständig ausgefüllt ist und alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.**

**Erklärung:**

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben (insbesondere der Einkommensverhältnisse) werde(n) ich / wir unverzüglich mitteilen und eine Neuberechnung veranlassen. Es ist bekannt, dass falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen zur Folge haben, dass zu Unrecht empfangene Beitragsermächtigungen erstattet werden müssen. Zudem erkläre ich mich mit der Weitergabe des Prüfergebnisses an die Kita einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Personensorgeberechtigten