

# Antrag auf Ermäßigung des Regelbeitrages in Kindertageseinrichtungen

## Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung

Eltern / Elternteil:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
Name des 1. Kindes: <small>(für das der volle Beitrag entrichtet wird)</small>		Geburtsdatum	
Kindertageseinrichtung:			
Besuch der Einrichtung voraussichtlich bis:			
Ich / Wir beantragen die Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung für folgende Kinder:			
Name des 2. Kindes:		Geburtsdatum:	
Kindertageseinrichtung:			
Besuch der Einrichtung ab:			
Name des 3. Kindes:		Geburtsdatum:	
Kindertageseinrichtung:			
Besuch der Einrichtung ab:			
Ort	Datum	Unterschrift	

Bitte zurücksenden an das:  
 Amt Großer Plöner See, Sozialamt, Heinrich-Rieper-Str. 8, 24306 Plön



Fragen an Frau Haß, Telefondurchwahl : (04522) 74 71 42 (Achtung: **nur vormittags**)