



## Antrag auf Geschwisterermäßigung

Zur Ermittlung der individuellen Geschwisterermäßigung für die antragstellende Familie sind die folgenden Angaben erforderlich:

### **Angaben zum Antragsteller/ Sorgeberechtigte/n (Mutter, Vater/ Pflegeeltern)**

#### **1. Sorgeberechtigter**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Vollständige Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (optional) \_\_\_\_\_

#### **2) Sorgeberechtigter**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Vollständige Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (optional) \_\_\_\_\_

### **Angabe zu Kindern, die in einer Kindertageseinrichtung bzw. Tagespflege betreut werden** *(bitte nach ihrem Alter absteigend benennen)*

#### **1. Kind**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Einrichtung (Name und Ort) \_\_\_\_\_  
Betreuungsstunden \_\_\_\_\_ Kostenbeitrag \_\_\_\_\_ Euro

#### **2. Kind / Geschwisterkind**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Einrichtung (Name und Ort) \_\_\_\_\_  
Betreuungsstunden \_\_\_\_\_ Kostenbeitrag \_\_\_\_\_ Euro

#### **3. Kind / Geschwisterkind**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Einrichtung (Name und Ort) \_\_\_\_\_  
Betreuungsstunden \_\_\_\_\_ Kostenbeitrag \_\_\_\_\_ Euro

#### **4. Kind / Geschwisterkind**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Einrichtung (Name und Ort) \_\_\_\_\_  
Betreuungsstunden \_\_\_\_\_ Kostenbeitrag \_\_\_\_\_ Euro



- Bitte fügen Sie eine **Kopie des aktuell gültigen Kindergeldbescheides** bei, auf dem alle benannten Kinder ersichtlich sind.
- Bei weiteren Kindern fügen Sie bitte ein Anlagenblatt mit dem o.g. Angaben dem Antrag bei.

## Erklärung:

Ich/ wir versichere/n die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

Ich/ wir verpflichte/n mich/ uns, jede Änderung in den persönlichen und familiären Verhältnissen, insbesondere auch Anschriftenwechsel, Änderung der Betreuungszeit, Änderung des Kostenbetrages, Wechsel oder Abmeldung von der Einrichtung gemäß § 60 Abs. 1, Ziffer 1; § 66 Abs. 1 und 3; § 67 SGB I; § 97a Abs. 1, 3 bis 5 SGB VIII der Gemeinde Petersberg unverzüglich mitzuteilen. Mir/Uns ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung der Leistungsträger gemäß § 66 SGB I die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkungspflicht ganz oder teilweise versagen kann.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden aufgrund der § 60, 61 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen und Erfüllung der Aufgaben nach dem KiFöG LSA erhoben. Ihre persönlichen Daten werden zur Feststellung des Kostenbeitrages, zur Ermittlung der Geschwisterermäßigung, ggf. für notwendige Erstattungen sowie für die Erfüllung des § 13 (5) KiFöG LSA abgeglichen, verarbeitet, gespeichert. Für die Erfüllung des § 13 (5) KiFöG LSA werden Ihre Daten bei der Gemeinde Petersberg lediglich als Nachweis im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den örtlichen und überörtlichen Träger der Jugendhilfe gespeichert.

Ich / Wir habe/n die Gründe der Datenerhebung zur Kenntnis genommen und stimme/n diesen zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten