Antrag auf Kostenübernahme für Geschwisterkinder

(Einkommensunabhängig)

Schuljahr ____ /____

1. Angaben zu dem Kind für das eine Kostenübernahme beantragt wird

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Einrichtungsart	Beitrag

2. Angaben zu den Eltern

Familienname	Vorname	Adresse	Telefonnummer	Handy	Emailadresse

Bitte Namen, Einrichtungsort sowie den dort zu leistenden Elternbeitrag der Geschwisterkinder angeben

Name, Vorname	Geburtsdatum	Einrichtungsart/Betreuungsform	Beitragshöhe

Kontoinhaber Name der Bank IBAN BIC

Ich erkläre, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen haben.

_____

Ort Datum Unterschrift