

Antrag auf Geschwisterrabatt

Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
Kundennummer/FAD				
Name der Einrichtung				
Betreuungsstunden	<input type="text"/>	h täglich	<input type="text"/>	€ Betrag

Angaben zum Geschwisterkind 1

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
Kundennummer/FAD				
Name der Einrichtung				
Betreuungsstunden	<input type="text"/>	h täglich	<input type="text"/>	€ Betrag

Angaben zum Geschwisterkind 2

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
Kundennummer/FAD				
Name der Einrichtung				
Betreuungsstunden	<input type="text"/>	h täglich	<input type="text"/>	€ Betrag

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten	<input type="text"/>
--	----------------------

Der Nachweis über den Bezug von Kindergeld ist diesem Antrag in Kopie beizufügen

Der/die Erziehungsberechtigte(n) versichern, dass vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind.

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift Leiterin Kindertageseinrichtung

Bearbeitungshinweise – wird von der Verwaltung ausgefüllt

Posteingang am	<input type="text"/>
Bearbeitet zum	<input type="text"/>
Datum und Unterschrift Bearbeiter	<input type="text"/>