



Antrag auf Geschwisterermäßigung für Elternbeiträge der Offenen Ganztagschule für die Schulkindbetreuung in Klasse 1 bis 4 und in anerkannten Schülerclubs in Klassenstufe 5 und 6 für das Schuljahr _____ (für jedes Kind ist pro Schuljahr ein gesonderter Ermäßigungsantrag zu stellen)

**Antragstellung / Antragsabgabe:
Im Schulbüro des Kindes, für das die Ermäßigung beantragt wird**

Hiermit beantrage /n ich / wir die Geschwisterermäßigung für mein / unser Kind in der Schulkindbetreuung

Vor- und Nachname der Eltern bzw. Elternteil, bei dem das Kind lebt:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon / e-mail:	

Hinweise: Anspruchsberechtigt sind Familien, die in Lübeck gemeldet sind und deren Kinder eine Lübecker Schule besuchen. Werden mehrere in einem Haushalt lebende Kinder einer Familie (auch „Patchwork-Familien“) gleichzeitig in Lübecker Schulen an mindestens 3 Tagen pro Woche für ein monatliches Betreuungsentgelt von mindestens € 70,00 betreut, reduziert sich der Elternbeitrag vom ältesten Schulkind an (volles Entgelt) wie folgt:
für das zweitälteste Schulkind zur Hälfte (50 %) - für jedes weitere jüngere Schulkind vollständig (100 %)
 Die Ermäßigung erfolgt unabhängig vom Einkommen. Sie erhalten keine Eingangsbestätigung und keinen Bescheid. Der Träger der Offenen Ganztagschule wird nur noch den reduzierten Elternbeitrag fordern.
 Der Bewilligungszeitraum für die Ermäßigung beginnt ab dem Monat, in dem der Antrag in der Schule eingegangen ist und ein abgeschlossener Betreuungsvertrag vorliegt.

Für dieses Schulkind wird eine Geschwisterermäßigung beantragt:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Schule:	
Antrag gilt für die Betreuung ab:	
Monatliche Kosten für vereinbarten Betreuungsumfang ohne Ermäßigung:	
Frühbetreuung (vor Unterrichtsbeginn)	EURO _____
Nachmittagsbetreuung (nach Unterrichtsende)	EURO _____
Spätbetreuung (ab 16.00 Uhr)	EURO _____

Hiermit wird bestätigt, dass das oben genannte Schulkind in unserer Einrichtung wie im Antrag angegeben betreut wird.

Lübeck, _____ Datum Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Angaben der älteren Schulkinder in anerkannten Betreuungsverhältnissen:

Geschwisterkind 1	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule für den auf Seite 1 genannte Zeitraum: Das o.g. Kind wird betreut in der Offenen Ganztagschule / im anerkannten Schülerclub an mindestens 3 Tagen pro Woche für mindestens € 70,00 monatliches Betreuungsentgelt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Geschwisterkind 2	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule für den auf Seite 1 genannten Zeitraum: Das o.g. Kind wird betreut in der Offenen Ganztagschule / im anerkannten Schülerclub an mindestens 3 Tagen pro Woche für mindestens € 70,00 monatliches Betreuungsentgelt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Geschwisterkind 3	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule für den auf Seite 1 genannten Zeitraum: Das o.g. Kind wird betreut in der Offenen Ganztagschule / im anerkannten Schülerclub an mindestens 3 Tagen pro Woche für mindestens € 70,00 monatliches Betreuungsentgelt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Informationen zum Datenschutz:

Wir kommen unserer Informationspflicht nach Artikel 12 der Datenschutzgrundverordnung nach. Bitte informieren Sie sich im Internet unter www.bekanntmachungen.luebeck.de/dokumente/d/1665

Sollte Ihnen kein Internetzugang zur Verfügung stehen, sind wir gerne bereit, Ihnen das Informationsblatt auf anderem Weg zukommen zu lassen.

Erklärung:

Ich / wir versichere(n) pflichtgemäß mit meiner / unserer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Ich / wir verpflichte(n) mich / uns, die Schule unverzüglich über Änderungen des Betreuungsverhältnisses bzw. Wegfall der Betreuung des / der Geschwisterkinds / r zu informieren. Veränderungen meiner / unserer persönlichen Verhältnisse mit Auswirkungen auf die Geschwisterermäßigung habe(n) ich / wir unverzüglich anzuzeigen. Mit meiner / unserer Unterschrift stimme(n) ich / wir zu, dass die Schule mit dem Träger der Schulkinderbetreuung für die Abrechnung der Ermäßigungsbeiträge personenrelevante Daten austauschen darf.

Lübeck, _____
Datum und Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten