



Antrag auf Geschwisterermäßigung für Elternbeiträge der Offenen Ganztagschulen für die Schulkindbetreuung in Klasse 1 bis 4
(gilt für die Betreuung ab 01.08.2020)

Hansestadt Lübeck
Der Bürgermeister
Kaland-Schule
Kalandstr. 8
23564 Lübeck

Vor-und Nachname der Eltern bzw. Elternteil, bei dem das Kind lebt:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon / e-mail:

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

(Für jedes Kind ist ein gesonderter Ermäßigungsantrag zu stellen)

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 nach dem Modell „Ganztage an Schule“ betreut, reduziert sich der Elternbeitrag wie folgt:

- vom ältesten Schulkind an gerechnet (volles Entgelt)
- 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.

1. Bitte tragen Sie hier das Schulkind ein, für das eine Geschwisterermäßigung beantragt wird:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule: Betreuungsband Kaland gGmbH	Betreuungsbeginn:
<u>Betreuungsumfang Nachmittagsbetreuung (zutreffendes bitte ankreuzen):</u> ☐ 3 Tage / Woche für Euro 72,00 monatlich ☐ 4 Tage / Woche für Euro 80,00 monatlich ☐ 4 Tage / Woche für Euro 96,00 monatlich ☐ 5 Tage / Woche für Euro 100,00 monatlich ☐ 5 Tage / Woche für Euro 120,00 monatlich	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule. Die Angaben zu dem vorgenannten Schulkind werden bestätigt.	
Lübeck, _____ Datum Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule	

2. Bitte tragen Sie hier die ÄLTEREN Schulkinder ein, die sich in einem anerkannten Betreuungsverhältnis befinden:

<u>Geschwisterkind 1</u>	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule: ☐ das o.g. Kind wird nach dem Konzept „Ganztag an Schule“ (€ 70/€100/€120) betreut ☐ das o.g. Kind wird <u>nachmittags</u> betreut an mind. 3 Tagen/Woche für mind. monatlich € 70,00 Betreuungsentgelt ☐ das o.g. Kind wird im Schülerclub „Ganztag an Schule“ (5.+6. Klasse) betreut	
Lübeck, _____	
Datum	Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

<u>Geschwisterkind 2</u>	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule: ☐ das o.g. Kind wird nach dem Konzept „Ganztag an Schule“ (€ 70/€100/€120) betreut ☐ das o.g. Kind wird <u>nachmittags</u> betreut an mind. 3 Tagen/Woche für mind. monatlich € 70,00 Betreuungsentgelt ☐ das o.g. Kind wird im Schülerclub „Ganztag an Schule“ (5.+6. Klasse) betreut	
Lübeck, _____	
Datum	Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

<u>Geschwisterkind 3</u>	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule: ☐ das o.g. Kind wird nach dem Konzept „Ganztag an Schule“ (€ 70/€100/€120) betreut ☐ das o.g. Kind wird <u>nachmittags</u> betreut an mind. 3 Tagen/Woche für mind. monatlich € 70,00 Betreuungsentgelt ☐ das o.g. Kind wird im Schülerclub „Ganztag an Schule“ (5.+6. Klasse) betreut	
Lübeck, _____	
Datum	Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

3. Hinweise:

Der Bewilligungszeitraum für die Ermäßigung beginnt ab dem Monat, in dem der Antrag in der Schule eingegangen ist. Ich/wir verpflichten uns, die Schule unverzüglich über Änderungen des Betreuungsverhältnisses bzw. Wegfall der Betreuung der/des Geschwisterkindes zu informieren.

4. Erklärung:

Ich/ wir versichere(n) pflichtgemäß mit meiner/ unserer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Veränderungen meiner/unserer persönlichen Verhältnisse mit Auswirkungen auf die Geschwisterermäßigung habe(n) ich/wir unverzüglich anzuzeigen.

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