



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

**Hansestadt Lübeck**  
**Der Bürgermeister**  
**Willy-Brandt-Schule**  
**Krümmling 36 a**  
**23568 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 „Ganztag 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 Ganztagsschule 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 Ganztagsschule:<br><b>Kinder-Hafen gUG</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Betreuungsbeginn: |
| <u>Betreuungsumfang (zutreffendes bitte ankreuzen):</u><br>Frühbetreuung: <input type="checkbox"/> 3 Tage/Woche für Euro 12,00 monatlich <input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche für Euro 20,00 monatlich<br><u>Nachmittagsbetreuung:</u><br><input type="checkbox"/> 3 Tage / Woche für Euro 70,00 monatlich<br><input type="checkbox"/> 5 Tage / Woche für Euro 100,00 monatlich<br><input type="checkbox"/> 5 Tage / Woche für Euro 120,00 monatlich |                   |
| Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagsschule.<br>Die Angaben zu dem vorgenannten Schulkind werden bestätigt.<br><br>Lübeck, _____<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Datum</span> <span>Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagsschule</span> </div>                                                                                                                                        |                   |

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

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

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

|                                                                                                                                             |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b><u>Geschwisterkind 3</u></b>                                                                                                             |                                                                |
| Name, Vorname:                                                                                                                              | Geburtsdatum:                                                  |
| Träger der Offenen Ganztagschule:                                                                                                           |                                                                |
| Betreuungsbeginn:                                                                                                                           |                                                                |
| <b>Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule:</b>                                                                                   |                                                                |
| <input type="checkbox"/> das o.g. Kind wird nach dem Konzept „Ganztag an Schule“ (€ 70/€100/€120) betreut                                   |                                                                |
| <input type="checkbox"/> das o.g. Kind wird <u>nachmittags</u> betreut an mind. 3 Tagen/Woche für mind. monatlich € 70,00 Betreuungsentgelt |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 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