

## Erst-/Folgeantrag

Auf Ermäßigung der Gebühren für die Nutzung der Betreuten Grundschule des  
Schulverbandes Viöl

für die Schule in \_\_\_\_\_

Beginn des Besuches zum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes : \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

### **Erziehungsberechtigte/r:**

Vater: \_\_\_\_\_ berufstätig als \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ berufstätig als \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Weiter im Haushalt lebende Personen:**

Name, Vorname, Geburtsdatum, in der Ausbildung ja/nein

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

### **Wichtig:**

Monatlicher Betrag für die Betreute Grundschule  
(ohne Getränke, Essen, Buskosten) mtl. \_\_\_\_\_ €

### **A Monatliches Familieneinkommen (bitte Nachweise beifügen!!!)**

Bereinigtes Einkommen aus nicht  
selbständiger Tätigkeit nach § 82 SGB XII mtl. \_\_\_\_\_ €

Bereinigtes Einkommen aus selbständiger  
Tätigkeit nach § 82 SGB XII mtl. \_\_\_\_\_ €

Einkommen aus Vermietung  
(auch Saisonvermietung) mtl. \_\_\_\_\_ €

Rente(n) mtl. \_\_\_\_\_ €

Kindergeld/-zuschläge mtl. \_\_\_\_\_ €

Unterhalt/Unterhaltvorschuss mtl. \_\_\_\_\_ €

Wohngeld mtl. \_\_\_\_\_ €

Urlaubsgeld/Weihnachtsgeld mtl. \_\_\_\_\_ €

Sonstiges Einkommen z.B. Bafög, Arbeitslosen-  
geld, Sozialgeld, Aushilfen, Leistungen nach  
dem AsylbLG. Etc. mtl. \_\_\_\_\_ €

Monatliches Gesamteinkommen

mtl. \_\_\_\_\_ €

**B Kosten der Unterkunft (bitte Nachweise beifügen!!!)**

Miete

mtl. \_\_\_\_\_ €

Hauslasten (nicht Tilgung) für  
selbstbewohntes Haus

\_\_\_\_\_ €

Heizkosten und –art (Öl, Gas usw.)

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_

= berücksichtigungsfähiges Einkommen

\_\_\_\_\_ €

---

**Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltsverpflichtungen:**

Ja ( ) / mtl. Aufwendung \_\_\_\_\_ (Nachweis beifügen!)

Nein ( )

---

**Werbungskosten:**

Anschrift der Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

Einfache Fahrt \_\_\_\_\_ km

Arbeitstage pro Woche \_\_\_\_\_

Falls die Fahrt nicht mit einem PKW zurückgelegt wird, bitte dementsprechende  
Nachweise einreichen (z.B. Bahnticket)

---

**Schwerbehindertenausweis**

Ja ( ) / Ausweis bitte vorlegen GdB \_\_\_\_\_

Nein ( )

---

**Mehrbedarf wg. Schwangerschaft**

Ja ( ) / Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin vorlegen

Nein ( )

Bitte nehmen Sie Kontakt mit dem für Sie zuständigen Amt/Sozialzentrum auf. Dort wird dann die für Ihre Familie gesetzlich vorgeschriebene Bedarfsgrenze anhand der Regelsätze gemäß § 28 SGB XII ermittelt und dem berücksichtigungsfähigen Einkommen gegenübergestellt.

Für werdende Mütter (ab der 12. Schwangerschaftswoche) wird ein Mehrbedarf ab gewährt.

Sie zahlen keinen Beitrag, wenn das Einkommen der Familie niedriger, gleich hoch oder geringfügig (bis zu 5,- €) höher als die für Sie maßgebliche Einkommensgrenze ist.

Wenn das berücksichtigungsfähige Einkommen die für Ihre Familie maßgebende Bedarfsgrenze überschreitet, wird je nach Höhe der Überschreitung gestaffelt.

Weitere Familienangehörige in Kindertageseinrichtungen

Name: \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben (insbesondere über die Einkommensverhältnisse) werde(n) ich/wir dem für meinem/unserem Wohnort zuständigen Amt unverzüglich mitteilen. Falsche Angaben können ein Strafverfahren nach sich ziehen. Falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen verpflichten zur Rückerstattung der empfangenen Leistungen.

**Hinweis:**

Die zuständige Stelle darf zu Erfüllung nach dieser Gebührenrechnung und zur Ermittlung der Ermäßigung gemäß § 25 Abs. 3 KiTaG die notwendigen Daten der Kinder und ihrer Erziehungsberechtigten erheben, verarbeiten und nutzen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Personensorgeberechtigten

**!!!Bitte denken Sie an die Nachweise!!!**