

**Antrag auf Ermäßigung des Regelbeitrages in  
Kindertageseinrichtungen  
Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung**

An das

Amt Preetz-Land  
Der Amtsvorsteher  
Am Berg 2  
24211 Schellhorn

Eltern/Elternteil: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Name des 1. Kindes:** \_\_\_\_\_  
(für das der volle Elternbeitrag entrichtet wird)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung  
voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_

Ich/Wir beantragen Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung für folgende  
Kinder:

**2. Kind Name:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung ab: \_\_\_\_\_

**3. Kind Name:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung ab: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift