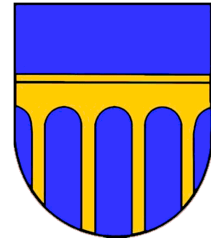


# Ganztagsbetreuung von Schulkindern



Gemeinde Altenbeken

Gemeinde Altenbeken  
Hauptamt  
Bahnhofstr. 5a  
33184 Altenbeken

## Antrag auf Kostenübernahme für Geschwisterkinder

(Einkommensunabhängig)

Schuljahr \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 1. Angaben zu dem Kind für das eine Kostenübernahme beantragt wird

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Schule/Ort	Beitrag

### 2. Angaben zu den Eltern

#### Mutter:

Familienname	Vorname	Straße	PLZ	Ort

#### Vater:

Familienname	Vorname	Straße	PLZ	Ort

### 3. Angaben zu den Geschwistern

Bitte Namen, Einrichtung/Betreuungsform und den Elternbeitrag der Geschwister angeben.

Familienname	Vorname	Einrichtung	Betreuungsform	Beitrag

Die jeweiligen Bescheide für die Geschwisterkinder über die Höhe der Elternbeiträge sind diesem Antrag beizufügen.

**Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn er vollständig ausgefüllt ist und alle erforderlichen Nachweise vorliegen!**

Ich erkläre, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe.

Datum

Unterschrift der Mutter/Pflegemutter

Unterschrift des Vaters/Pflegevaters