



Amt Trittau, Postfach 1205, 22943 Trittau

Amt Trittau
Der Amtsvorsteher
Fachdienst Soziale Hilfen
Europaplatz 5
22946 Trittau

Trittau, den

Dienstgebäude/Lieferanschrift:

Europaplatz 5, 22946 Trittau
Telefon 04154 8079-0 Fax 04154 8079-75

Öffnungszeiten:

Montag 7.00 bis 12.30 Uhr
Dienstag, (Freitag) 8.30 bis 12.30 Uhr
Dienstag auch 15.00 bis 17.00 Uhr
Donnerstag 15.00 bis 18.30 Uhr

Termine außerhalb dieser Zeiten nach Vereinbarung

Ihre Ansprechpartner: Frau Henning

Fachdienst Soziale Hilfen, 1. OG Zimmer 31
christina.henning@Trittau.de
Durchwahl 04154 8079-43

Antrag auf Ermäßigung der Betreuungskosten

Hinweis: Kosten für Mittagessen müssen neben dem Beitrag selbst aufgebracht werden.

1. Mein(e)/Unser(e) Kind(er) besuch(t)(en) ab _____ folgende „Feste
Grundschulzeiten: _____

2. **Personensorgeberechtigte/r:**

Name: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

3. Aufgrund von zu geringem Einkommen beantrage/n ich/wir eine **Gebührenermäßigung für die Betreuungseinrichtung für mein/e Kind/er:**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Im Kiga seit

4. **Weitere in der Familie/Haushaltsgemeinschaft lebende Personen:**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad

5. **Einkünfte aller im Haushalt lebenden Personen (monatlich)**
(bitte alle Angaben durch Nachweise belegen)

DE50 2001 0020 0139 8672 07
DE68 2006 9177 0000 0000 19
DE09 2019 0109 0004 4011 60
DE69 2135 2240 0120 2400 15

Postbank Hamburg
Raiffeisenbank Südstormarn
Volksbank Trittau
Sparkasse Holstein

(PBNKDEFF)
(GENODEF1GRS)
(GENODEF1HH4)
(NOLADE21HOL)



	Antragsteller/in	Ehegatte/in/Lebenspartner
5.1 Erwerbseinkommen netto	_____	€ _____ €
5.2 Einkünfte aus Selbständigkeit bzw. Land- und Forstwirtschaft netto	_____	€ _____ €
5.3 Urlaubsgeld (netto/jährlich)	_____	€ _____ €
5.4 Weihnachtsgeld (netto/jährlich)	_____	€ _____ €
5.5 Sonstige Leistungen des Arbeitgebers (netto/jährlich)	_____	€ _____ €
5.6 Kindergeld, Kinderzuschlag	_____	€ _____ €
5.7 Rente, Versorgungsbezüge	_____	€ _____ €
5.8 Unterhalt	_____	€ _____ €
5.9 Unterhaltsvorschuss	_____	€ _____ €
5.10 Leistungen der Krankenkasse	_____	€ _____ €
Art der Leistungen:		
5.11 Arbeitslosengeld	_____	€ _____ €
5.12 Wohngeld/Lastenzuschuss	_____	€ _____ €
5.13 Leistungen nach SGB II/ SGB XII	_____	€ _____ €
5.14 Ausbildungsvergütung, BAföG, BAB	_____	€ _____ €
5.15 Waisenrente für	_____	€ _____ €
5.16 Lohnsteuerjahresausgleich/ Einkommenssteuererklärung	_____	€ _____ €
5.17 Zinseinnahmen aus Sparvermögen	_____	€ _____ €
5.18 Einnahmen aus Vermietung/ Verpachtung	_____	€ _____ €
5.19 sonstige Einnahmen (z.B. Dividenden, Vermögensbeteiligungen etc.)	_____	€ _____ €
	_____	€ _____ €
	_____	€ _____ €
Angaben zur Bereinigung des Einkommens:		
5.20 Aufwendungen für Arbeitsmittel	_____	€ _____ €
5.21 Fahrkosten zur Arbeitsstätte		
Fahrkarte	_____	€ _____ €
Einfache Fahrstrecke/km	_____	km _____ km
5.22 Beiträge zu Berufsverbänden	_____	€ _____ €
5.23 ggf. gesetzl./priv. Kranken-/Pflegeversicherung ohne Zusatzversicherungen (falls <u>nicht</u> direkt vom Einkommen abgezogen)	_____	€ _____ €
6. Monatliche Belastungen (bitte alle Angaben durch Nachweise belegen):		
6.1 Miete a) Kaltmiete	_____	€ _____ €
b) Nebenkosten (allgemein)	_____	€ _____ €
c) Heizkosten	_____	€ _____ €
(inklusive Warmwasser? o ja o nein – zutreffendes bitte ankreuzen!)		
6.2 Hauslasten		
a) Schuldzinsen (keine Tilgung)	_____	€ _____ €
b) Gebäudeversicherung	_____	€ _____ €
c) Schornsteinfeger	_____	€ _____ €
d) Müllabfuhr	_____	€ _____ €
e) Wasser	_____	€ _____ €
f) Schmutzwasser	_____	€ _____ €
g) Niederschlagswasser	_____	€ _____ €
h) Grundsteuer	_____	€ _____ €
i) Heizkosten	_____	€ _____ €
(inklusive Warmwasser? o ja o nein – zutreffendes bitte ankreuzen!)		
6.3 Versicherungen	(Antragsteller/in)	(Ehegatte/in/Lebenspartner)

- | | | | |
|--|-------|---------|---------|
| a) KFZ-Versicherung (nur Haftpflicht) | _____ | € _____ | € _____ |
| b) Privathaftpflichtversicherung | _____ | € _____ | € _____ |
| c) Rechtsschutzversicherung | _____ | € _____ | € _____ |
| d) Hausratversicherung | _____ | € _____ | € _____ |
| e) Unfallversicherung | _____ | € _____ | € _____ |
| f) Lebensversicherung auf den Todesfall/
Sterbegeldversicherung | _____ | € _____ | € _____ |
| g) Altersvorsorge (Riester-Rente u.ä.) | _____ | € _____ | € _____ |
| h) Kranken-/Pflegeversicherung*) | _____ | € _____ | € _____ |

*) vorrangig bei Nettoeinkommen oder 5.23.berücksichtigt, daher hier insb. für Zusatzversicherungen.

Anmerkung zu Punkt 6.1 und 6.2: Als Grundlage zur Beurteilung der Angemessenheit der Unterkunftskosten dient § 8 Wohngeldgesetz.

Anmerkung zu Punkt 6.3: Als angemessen wird maximal eine Gesamtsumme der Versicherungen bis zu einem Betrag von 5% des bereinigten monatlichen Nettoeinkommens anerkannt.

7. Sonstige finanzielle Belastungen (monatlich)

7.1 Unterhaltszahlungen (Antragsteller/in) (Ehegatte/in/Lebenspartner)

an _____ (Name) _____ € _____ €
 an _____ (Name) _____ € _____ €

7.2 Sonstige (z.B. BAföG Rückzahlung etc.) _____ € _____ €

8. Sonstige pauschale Mehrbedarfe für einzelne Haushaltsmitglieder (Name, Grund):

8.1 _____: Schwangerschaft, voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

8.2 _____: nachgewiesene Erwerbsunfähigkeit (ersatzweise: über 65 Jahre alt) und
 Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis

Hinweis: Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungsgewährung erforderlich sind (§§ 60-67 Sozialgesetzbuch I), insbesondere der Wechsel des Wohnortes und wesentliche Veränderungen beim Einkommen.

9. Erklärungen:

9.1. Mir/Uns ist bekannt, dass für die Einkommensüberprüfung Belege über alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert - auch der mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen – lückenlos vorzulegen sind (Kopien sind ausreichend).

9.2. Ich/Wir wurde/n auf meine/unsere Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I) hingewiesen und bin/sind ferner darüber informiert, dass ich/wir jeden Wohnortwechsel in ein anderes Kreisgebiet und jede Änderung der Familien- und Einkommensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst Soziale Hilfen, Trittau mitzuteilen habe/n.

9.3. Ich/wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass personenbezogene Daten zur Bearbeitung dieses Antrages im automatischen Verfahren verarbeitet werden dürfen. (Wir versichern Ihnen, dass die erbetenen Daten ausschließlich dem Ziel der Beitragsberechnung dienen und die abgefragten Informationen an Dritte nicht weitergegeben werden).

9.4. Im Falle einer Beitragsermäßigung trete/n ich/wir meine/unsere Ansprüche gegenüber dem Kreis Stormarn als örtlicher Träger der Jugendhilfe, an den Träger der Kindertageseinrichtung ab. Zu diesem Zwecke wird die Höhe der Beitragsermäßigung an die jeweilige Kindertageseinrichtung weitergegeben.

 (Ort/Datum)

 (Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten des betreuten Kindes)