



**Postanschrift:**

Bayerstraße 28  
80335 München  
Telefon: (089) 233-9 67 70  
Telefax: (089) 233-8 44 94  
[kitasb.zg.rbs@muenchen.de](mailto:kitasb.zg.rbs@muenchen.de)

**Dienstgebäude:**

Landsberger Straße 30  
Persönliche Sprechzeiten:  
Montag: 8.30 - 12.00 Uhr  
Dienstag: 13.30 - 17.00 Uhr  
Donnerstag: 8.30 - 12.00 Uhr  
Telefonsprechzeiten:  
Montag: 13.00 - 15.00 Uhr  
Dienstag: 9.00 - 12.00 Uhr  
Donnerstag: 13.00 - 15.00 Uhr  
Freitag: 9.00 - 12.00 Uhr

Bitte Fensterkuvert verwenden !

An das  
Referat für Bildung und Sport  
Geschäftsbereich KITA  
Zentrale Gebührenstelle  
Bayerstraße 28  
80335 München

## Antrag auf Gebührenermäßigung 2019 / 2020

**Gilt nur für:**

**Städtische** Kindertageseinrichtungen (Kinderkrippen, Häuser für Kinder, Kindergärten, Horte und Tagesheime).

Um für das Einrichtungsjahr vom 01.09.2019 bis 31.08.2020 eine Ermäßigung der monatlichen Besuchsgebühr zu erhalten, füllen Sie diesen Antrag bitte **vollständig** aus und reichen ihn mit den erforderlichen Belegen bis **spätestens 31.12.2019** bei der Zentralen Gebührenstelle ein.

➤ Name u. Vorname meines/unseres Kindes \_\_\_\_\_

➤ Geboren am: \_\_\_\_\_

➤ Sorgeberechtigt für dieses Kind ist:

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter und Vater
<input type="checkbox"/> .....		

(\* z. B. Vormund, Lebenspartner, etc.)

➤ Das Kind lebt bei:

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter und Vater
<input type="checkbox"/> .....		

➤ Wohnadresse meines/unseres Kindes: \_\_\_\_\_

➤ Mein Kind/Unser Kind besucht folgende städtische Kindertageseinrichtung:

Name, Anschrift und **Art** der Einrichtung :

--

➤ Mein Kind ist dort eingetreten am: \_\_\_\_\_

➤ Die Kassenkontonummer lautet:

<b>5.</b>	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
-----------	---------	---------	---------

➤ Name/Vorname der/des <b>Sorgeberechtigten 1</b> : _____ ➤ Straße und Hausnummer: _____ ➤ Postleitzahl und Wohnort: _____ ➤ Telefonnummer (tagsüber): _____ / _____ ➤ Familienstand: _____ Seit: _____	
➤ Name/Vorname der/des <b>Sorgeberechtigten 2</b> : _____ ➤ Straße und Hausnummer: _____ ➤ Postleitzahl und Wohnort: _____ ➤ Telefonnummer (tagsüber): _____ / _____ ➤ Familienstand: _____ (im Verhältnis zum Sorgeberechtigten 1) _____ Seit: _____	

### Geschwisterkinder

In der Familie leben folgende weitere Kinder, für die ein Erwachsener Kindergeld erhält

Nr.	Familiename, Vorname, Geburtsdatum	Nr.	Familiename, Vorname, Geburtsdatum

- Ich beantrage/Wir beantragen die Anwendung der einkommensabhängigen Gebührenstaffelung (Gebührenermäßigung) nach den Einkünften des **Kalenderjahres 2017** gemäß Kindertageseinrichtungsgebührensatzung.
- Ich beantrage/Wir beantragen nur die nicht einkommensabhängige Geschwisterermäßigung (**bitte für jedes der Geschwisterkinder einen aktuell gültigen Nachweis über Kindergeldbezug beifügen**).
- Ich beantrage/Wir beantragen die Anwendung der einkommensabhängigen Gebührenstaffelung (Gebührenermäßigung) nach den Einkünften des **Kalenderjahres 2017** und eine Geschwisterermäßigung gemäß Kindertageseinrichtungsgebührensatzung (**mit aktuell gültigen Nachweis(en) über Kindergeldbezug**).
- Ich beantrage/Wir beantragen die Gebührenermäßigung aufgrund eines aktuellen Bezugs von Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld II).

Die Broschüre „**Kindertageseinrichtungsgebühren**“ habe ich/haben wir erhalten und gelesen. Ich bin/Wir sind darüber informiert, dass die maßgeblichen Belege ebenfalls bis zum Stichtag **31.12.2019** bei der Zentralen Gebührenstelle vorliegen müssen.

Ich bestätige/Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner/unsere Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

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