

**Antrag auf Beitragsfreiheit
für Elternbeitrag und/oder Essengeld**

Den Elternbeitragspflichtigen obliegt es, die den Beitrag ermäßigenden Umstände unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen.

Für das Kind

Name	
Geburtsdatum	
Personenkonto Nr.	
Einrichtung	

beantrage/n ich/wir eine Beitragsbefreiung für

Essengeld

für die Zeit

vom	bis
-----	-----

Grund:

- Das Kind nimmt auf Grund gesundheitlicher oder religiöser Gründe nicht an der Essenversorgung teil. (ggf. ärztliche Bescheinigung vorlegen)
- Das Kind nahm entschuldigt an mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen oder während des gesamten Monats nicht am Essen teil.
- Das Kind ist entschuldigt, über einen Zeitraum von mehr als vier zusammenhängenden Wochen abwesend.

Elternbeitrag

für die Zeit

vom	bis
-----	-----

Grund:

- Das Kind ist entschuldigt, über einen Zeitraum von mindestens vier zusammenhängenden Wochen, aufgrund nachgewiesener Erkrankung oder Kur abwesend. (Nachweis erforderlich, z.B. ärztliche Bescheinigung oder Kuraufenthaltsbescheinigung)

(Datum/ Unterschrift der Personensorgeberechtigten/Eltern)

**DRK-Kreisverband
Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V.**

Kitaverwaltung

Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 37-38
15517 Fürstenwalde
Tel. (03361) 5967-0
Fax (03361) 7694970
www.drk-mohs.de
info@drk-mohs.de

Präsident/in
Manfred Helbig

Vorsitzende/r des Vorstands
Klaus Bachmayer

Ansprechpartner:
Kitaverwaltung
Frau Buchholz
Frau Snelinski

Tel.: 03361-5967-40
kitaverwaltung@drk-mohs.de

Amtsgericht Frankfurt (Oder)
Vereinsregister-Nr. VR 2679 FF

Umsatzsteuer-ID
DE 175053722

Bankverbindungen
Deutsche Kreditbank
IBAN: DE64 1203 0000 0019 2141 96
BIC: BYLADEM1001
BLZ: 120 300 00, Konto: 192 141 96

Spendenkonto:
SPK Oder-Spree
IBAN: DE77 1705 5050 3000 3000 90
BIC: WELADED1LOS
BLZ: 170 550 50, Konto: 300 030 00 90

Kennntnisnahme Kindertageseinrichtung/ Verwaltung

Datum _____

Unterschrift _____