

## Antrag auf Unterstützung

**Datum:**

### Angaben zum Kind

**Nachname:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**PLZ/ Wohnort:**

**Geburtsdatum:**

**Tel. Eltern:**

**e-Mail Eltern:**

**Kindergarten/ Schule:**

### Antragssteller (Eltern/ Kindergarten/ Schule/ Verein/ ...)

**Einrichtung/ Institution:**

**Nachname:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**PLZ/ Wohnort:**

**1. Tel.:**

**2. Tel.:**

**Fax:**

**e-Mail:**

**Bezug zum Kind:**

### Angaben zur Kontaktperson (Kindergarten/ Schule/ Verein/ ...)

gleich wie Antragssteller

**Einrichtung/ Institution:**

**Nachname:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**PLZ/ Wohnort:**

**1. Tel.:**

**2. Tel.:**

**Fax:**

**e-Mail:**

**Kurzbeschreibung** (z.B.: Frühstücksgeld, Betreuungskosten, etc.)

**Inhalt/ Grund des Antrags**

**Zeitraum und Art der Kostenübernahme von Hucke Pack (max. sechs Monate)**

---

von *(Monat/Jahr)* bis *(Monat/Jahr)*

---

einmalige Zahlung     monatlich     halbjährlich     nach Rechnung

---

**Betrag der von Hucke Pack übernommen werden soll:**

€

---

**Betrag der von den Eltern getragen wird:**

€

---

Die Eltern des Kindes sind über den Antrag informiert und sind damit einverstanden.

## Kontodaten für die Unterstützungsmaßnahme

---

**Kontoinhaber:**

---

**IBAN:**

---

**BIC:**

---

**Betrag:**      € /

---

**Verwendungszweck:**

---

**Anmerkungen:**

---

### Bitte nicht Ausfüllen

---

Unterstützungsmaßnahmen überprüft und bewilligt durch: \_\_\_\_\_

Unterstützungsmaßnahmen ausgeführt am: \_\_\_\_\_

Unterstützungsmaßnahmen abgeschlossen

Weitere Verweise/ Anmerkungen:

-  
-  
-  
-  
-  
-

Rückfragen: