



# FRESENIUS MEDICAL CARE

## Antrag auf Kindergartenzuschuss

zur Vorlage bei: Fresenius Medical Care  
Global Human Resources/ Payroll Germany

## Bestätigung

Wir bestätigen hiermit, dass das/die Kind/er

Name, Vorname Geburtsdatum Beginndatum des Besuchs der Einrichtung

Name, Vorname Geburtsdatum Beginndatum des Besuchs der Einrichtung

Name, Vorname Geburtsdatum Beginndatum des Besuchs der Einrichtung

die u.a. Einrichtung voraussichtlich bis besuchen wird/werden.

Der monatliche Beitrag für Unterbringung (inkl. Verpflegungskosten) und Betreuung des/der Kinder beträgt EUR

pro Kind.

**Erziehungsberechtigte/r Mitarbeiter/in<sup>1)</sup>:** \_\_\_\_\_ **Pers.Nr.** \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben (z.B. unterschiedliche Beträge bei mehreren Kindern, etc.):**

---

Datum, Stempel und Unterschrift der Einrichtung

**Gültig nur für ein „Kindergartenjahr“ (regelmäßig 01.07. - 30.06. Folgejahr)**  
- für die Standorte in Bayern und im Saarland gilt regelmäßig 01.08. - 31.07. Folgejahr -  
**Eine Neuvergabe des Formulars nach Ablauf des „Kindergartenjahres“ ist zwingend erforderlich**

**Änderungen (z.B. Abmeldung/Ummeldung des Kindes) sind vom/von der Mitarbeiter/in zu melden**

**1) Pro Kind wird nur einmal Zuschuss ausgezahlt, sollten beide Elternteile bei der Fresenius Medical Care Group oder einer inländischen Tochtergesellschaft arbeiten, so wird der Kindergartenzuschuss nur an einen Elternteil gezahlt. Wir bitten dies bei einer Beantragung des Zuschusses zu berücksichtigen!**

### ***Erklärung des/der Erziehungsberechtigten:***

*Bei Wegfall der Unterbringungs- und Betreuungskosten verpflichte ich mich, dies dem Bereich GHR/ Payroll Germany unverzüglich mitzuteilen.*

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in