**Antrag für eine Subventionierung des Spielgruppenbesuchs**

Sie ersuchen unsere Gemeinde um Hilfe zur Finanzierung des Besuchs der Spielgruppe. Zur Berechnung der allfälligen finanziellen Unterstützung benötigen wir folgende Unterlagen:

1. Lohnabrechnung der letzten 6 Monate
2. Letzte Steuererklärung und letzte Steuerveranlagung
3. Mietvertrag oder Hypothekarzinsauszug

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Massgebender Berechnungsbetrag pro Monat** | **Tarif-stufe** | **Ermässigung** | **Kosten pro Quartal**  **CHF 150.00** |
|  |  |  | Subventionierter Betrag durch die Gemeinde Eschlikon |
| CHF 2‘001 – CHF 2‘500 | 1 | 60% | CHF 90.00 |
| CHF 2‘501 – CHF 3‘000 | 2 | 54% | CHF 81.00 |
| CHF 3‘001 – CHF 3‘500 | 3 | 47% | CHF 70.50 |
| CHF 3‘501 – CHF 4‘000 | 4 | 40% | CHF 60.00 |

Bitte reichen Sie die gesamten Unterlagen bei folgender Stelle ein:

Sozialen Dienste Eschlikon, Wiesenstrasse 3, 8360 Eschlikon

Für Fragen stehen Ihnen die Sozialen Dienste per Telefon 071 973 99 20 oder per E-Mail [sozialedienste@eschlikon.ch](mailto:sozialedienste@eschlikon.ch) gerne zur Verfügung.

**Berechnungsgrundlage**

Name, Vorname, Adresse:

………………………………………………………………………………………………………………

Nettolohn gem. Lohnausweis/Lohnabrechnung (1. Einkommen) CHF.........................

Nettolohn gem. Lohnausweis/Lohnabrechnung (2. Einkommen) CHF.........................

Selbstständigerwerbende\*\* CHF.........................

+ andere Einkommen CHF.........................

+ Quellensteuer CHF.........................

+ Einkommen aus Sozialversicherungen (ALV/IV/EL etc.) CHF.........................

+ Erhaltene Unterhaltsbeiträge (Kinder- und Ehegattenalimente) CHF.........................

+ Familienzulagen soweit nicht im Nettolohn enthalten CHF.........................

**Total Jahreseinkommen CHF………..….…**

+ 10% des Reinvermögens CHF.........................

**Total Einkommen/Vermögen CHF………..….…**

./. Bezahlte Unterhaltsbeiträge CHF.........................

./. ½ Mietzins bzw. ½ Hypothekarzins (max. CHF 9‘600.00 pro Jahr) CHF.........................

**Total massgebender Berechnungsbetrag pro Jahr CHF………………**

**Massgebender Berechnungsbetrag pro Monat CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tarifstufe gemäss Tarifliste**

\*\*selbständiges Erwerbseinkommen (Ziffer 2 Steuerveranlagung) + 15%

Wir bestätigen hiermit, die Tarifliste mit den Berechnungsgrundlagen erhalten und eingesehen zu haben und erklären uns damit einverstanden.

Datum/Unterschrift der Eltern: Datum/Unterschrift der Sozialen Dienste:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_