

An den Evangelischen Diakonieverein Salzburg  
Hellbrunner Allee 51  
5020 Salzburg

## Antrag auf Reduktion der Schulgeldbeiträge

Angaben über die/den AntragstellerIn

Name:	Beruf:
Geburtsdatum:	Familienstand:
Adresse:	
Tel.Nr. oder e-mail für Rückfragen:	

Angaben über das Kind

Name:	Alter:
-------	--------

Darstellung der familiären Situation:

Bitte geben Sie ein möglichst vollständiges Bild der Familiensituation, d.h., sämtliche Personen, **die im gemeinsamen Haushalt leben bzw. zum Lebensunterhalt des Haushaltes beitragen oder im Rahmen der Familie erhalten werden.** (Eltern, Geschwister, andere Personen). Bitte geben Sie auch besondere Umstände an, sofern diese berücksichtigungswert erscheinen (Krankheit, Todesfall, Scheidung,..). Falls zu wenig Platz, bitte eigenes Blatt verwenden!

.	Name	Geburtsjahr	eig. Einkommen ja/nein
	Mutter		
	Vater		
	Partner(in)		
	Kind		
	Kind		
	Kind		
	Kind		

**Datum:**

**Unterschrift:**

Zur Darstellung der **finanziellen** Situation verwenden Sie bitte unbedingt das dafür vorgesehene Formular (Einnahmen/Ausgaben **der Familie**).  
Beihilfen werden in der Regel für ein Jahr gewährt!