



Tarif-Einstufung SpiKi-Spielgruppen

Dieses Formular bitte der Spielgruppenleiterin abgeben.

Antragsteller/Antragstellerin

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr. : _____ PLZ/Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr. _____
 AHV-Nummer: _____

Im gleichen Haushalt lebende/r Ehepartner/in oder Konkubinatspartner/in

(Die Angaben über den/die Konkubinatspartner/in sind lediglich bei gemeinsamen Kindern aufzuführen)

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr. : _____ PLZ/Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr. _____
 AHV-Nummer: _____

Spielgruppe:

Einverständniserklärung

Für die Überprüfung der städtischen Beiträge an die Kosten der SpiKi-Spielgruppe ermächtige ich/ermächtigen wir das Amt für Gesellschaftsfragen der Stadt St.Gallen, bei den zuständigen Steuerbehörden die notwendigen Informationen (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) einzuholen.

Unterschriften

Bei Ehepaaren, bei eingetragenen Partnerschaften und unverheirateten Eltern, welche im gleichen Haushalt wohnen, ist diese Ermächtigung durch beide Personen zu unterzeichnen.

Ort und Datum _____
 Unterschrift Antragsteller/in _____
 Unterschrift Partner/in _____

Durch das Steueramt/Amt für Gesellschaftsfragen auszufüllen

SpiKi-Tarifstufe:

Datum: _____

Unterschrift: _____

