



Mitglieds-Nr.

Antrag auf eine/n Beitragsermäßigung/-erlass für das Kalenderjahr _____

Ich beantrage eine/n

- Beitragsermäßigung
 Beitragserlass

für meinen Sohn / meine Tochter / mich selbst

Name, Vorname

Geb. Datum

Anschrift

Ich (bei Volljährigen) / mein Sohn / meine Tochter erhalte / erhält bis zum

Datum

- Leistungen nach dem SGB II *)
 Leistungen nach dem SGB XII *)
 Wohngeld *)
 Kinderzuschlag *)
 Sonstiges **) _____

*) Kopie des letzten Bewilligungsbescheides beifügen!

**) entsprechenden Nachweis beifügen

Ort / Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Entscheidung des Vorstandes

- Der Antrag wurde abgelehnt.
 Es wurde ein Beitragserlass beschlossen.
 Es wurde eine Beitragsermäßigung in Höhe von

_____ EUR beschlossen und gilt nur für das beantragte Kalenderjahr.

Baiersdorf, den

Datum

Unterschrift