

Anlage
(zu Nummer 4)

Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern
Schloßstraße 2 – 4
19053 Schwerin

**Antrag
auf finanzielle Hilfe des Landes Mecklenburg-Vorpommern bei Mehrlingsgeburten
(ab Drillingen)**

für die in Nummer 2 aufgeführten Kinder in Höhe von 1 000 Euro je Kind

Gesamtbetrag (1 000 Euro x Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder) _____ Euro.

1. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Familienname, Vorname der Mutter*	Familienname, Vorname des weiteren Sorgeberechtigten*
Postleitzahl, Wohnort*	Postleitzahl, Wohnort (soweit abweichend)*
Straße, Hausnummer*	Straße, Hausnummer (soweit abweichend)*
Telefon	Telefon (soweit abweichend)
E-Mail	E-Mail (soweit abweichend)

*Pflichtangaben

2. Angaben zu den Mehrlingskindern

Geburtsort:	
Geburtsdatum der Kinder:	
Familienname:	
Vorname:	
Vorname:	
Vorname:	
Vorname:	
Vorname:	

3. Angaben zur Kontoverbindung

Der Gesamtbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Konto-Inhaber/-in	
IBAN	

Ort, Datum	Unterschrift der oder des Sorgeberechtigten
------------	---

4. Bestätigung der Meldebehörde

Es wird bestätigt, dass die Sorgeberechtigten, die oder der Sorgeberechtigte zum Zeitpunkt der Geburt und des Antrages ihren/seinen Hauptwohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern haben/hat und die vorstehenden Angaben nach Nr. 1 und 2 der Richtigkeit entsprechen.

Name der Bearbeiterin/ des Bearbeiters

Meldebehörde

Ort, Datum

Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters