



MARKTGEMEINDE ZIRL

Bezirk Innsbruck-Land

Subvention Kinderbetreuungsgebühren (einmalig für 3 Monate)

Name: Vorname:

Adresse:

Name des Kindes:

Betreuungseinrichtung:

Nachweis Corona-Familienhärteausgleich 2020 und/oder COVID-ArbeitnehmerInnenfonds des Landes Tirol:

Nachweis Corona Familienhärtefonds (Kopie)

Nachweis COVID- ArbeitnehmerInnenfonds (Kopie)

Bankverbindung:

Name der Bank:

IBAN: BIC:

Datum:

Unterschrift: