

Buchungsbeleg - Krabbelstube Am Silbergarten

Dieser Buchungsbeleg ist Bestandteil des Betreuungsvertrages vom: _____

I. Angaben zur Person

ID-Nr.:	Name des Kindes:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Name der Eltern (Personensorgeberechtigten):			
Anschrift:			Telefonnummer:
Die amtliche Bestätigung eines festgestellten Anspruchs auf Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII oder § 35 a SGB VIII liegt		<input type="checkbox"/> nicht vor <input type="checkbox"/> vor (bitte Bestätigung beifügen)	
Beide Eltern bzw. der Elternteil, bei dem das Kind seinen überwiegenden Aufenthalt hat, sind/ist nichtdeutscher Herkunft oder sind/ist als Spätaussiedler anerkannt		<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein	

II. Festlegung der Buchungszeiten:

(mind. 20 Wochenstunden/3-5 Wochentage/Kernzeit 08:30-12:30 Uhr/Hol- und Bringzeit halbstündlich frei wählbar)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
tägliche Buchungszeit							
Stunden pro Tag						Wochenstunden:	Tagesdurchschnitt:

Für das Mittagessen wird eine Pauschale erhoben, welche sich wie folgt staffelt:

1 x Woche	2 x Woche	3 x Woche	4 x Woche	5 x Woche
10,00 €	20,00 €	30,00 €	40,00 €	50,00 €

Anmeldung/Änderung zum: _____

Änderungen der Buchungszeit sind einmal im Quartal nach dem Kalenderjahr unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende zulässig. Außerdem ist eine Änderung der Buchungszeit nach dem Eingewöhnungsmonat zulässig.

III. Festlegung des monatlichen Beitrages

Beitrag pro Monat (bitte Zutreffendes ankreuzen)	
Buchungszeit täglich	Gesamtbeitrag pro Monat
bis 4,0 Std.	252,00 €
bis 5,0 Std.	281,00 €
bis 6,0 Std.	309,00 €
bis 7,0 Std.	336,00 €
bis 8,0 Std.	362,00 €
bis 9,0 Std.	388,00 €
mehr als 9,0 Std.	414,00 €

Gesamtbeitrag pro Monat	
--------------------------------	--

IV. SEPA-Lastschriftmandat

Es haben sich keine Änderungen bei meiner/unserer Bankverbindung ergeben.

Der Beitrag wird jeweils am 3. Werktag des Monats abgebucht.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83LAP00000033686 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Markt Lappersdorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Markt Lappersdorf von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort

Name Kreditinstitut

BIC

DE __ / __ / __ / __ / __ / __
IBAN

Ort, Datum und Unterschrift

Ich/Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind. Änderungen teile/n ich/wir unverzüglich mit. Von der Satzung der Kinderkrippen und Kindergärten des Marktes Lappersdorf habe/n ich/wir Kenntnis genommen.

Wichtiger Hinweis: Adress- und Kontoänderungen sind umgehend beim Markt Lappersdorf anzuzeigen.

Datenschutz-Grundverordnung

Ich/Wir habe/n die Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung (sh. Internetseite des Marktes Lappersdorf www.lappersdorf.de) zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift beider Personensorgeberechtigten
(Alleinerziehende bitte Nachweis vorlegen)