



Aufnahmeantrag

Ferienbetreuung

KIND	Kundennummer:																									
Vorname																										
Name																										
Klasse (im Betreuungszeitraum)						geboren am						<input type="checkbox"/> Adresse unverändert und bekannt														
Straße & Hausnummer																										
Postleitzahl & Ort																										

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Vorname																										
Name																										
Str. & Nr.	<input type="checkbox"/> wie Kind																									
PLZ & Ort																										

Vorname																										
Name																										
Str. & Nr.	<input type="checkbox"/> wie Kind																									
PLZ & Ort																										

E-Mail																									
Telefon																									
NOTFALLNUMMERN																									

AUFNAHME DES KINDES

Ich/wir melde/n mein/unser oben genanntes Kind verbindlich für folgende Ferienbetreuung an. Mir/uns ist bekannt, dass eine Ferienbetreuung nur bei einer verbindlichen Mindestanmeldezahl von 5 Kindern je Modul und Tag in der entsprechenden Anmeldewoche zustande kommt. Im Krankheitsfall oder bei anderen Fehlgründen müssen Sie Ihr Kind beim Betreuersteam abmelden. Unabhängig davon werden die Betreuungskosten aufgrund des vorgehaltenen Personals fällig.

BETREUUNG FÜR KALENDERWOCHE/JAHR (KWJJ):

K	W	J	J
---	---	---	---

			Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	€ Tag	€ Woche
Modul 1	(07:30 -13:30)	= 6,00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8,00	
Modul 2	(13:30 -16:30)	= 3,00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4,00	

Gesamtbetrag | Woche _____

BETREUUNG FÜR KALENDERWOCHE/JAHR (KWJJ):

K	W	J	J
---	---	---	---

			Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	€ Tag	€ Woche
Modul 1	(07:30 -13:30)	= 6,00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8,00	
Modul 2	(13:30 -16:30)	= 3,00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4,00	

Gesamtbetrag | Woche _____

Summe beide Wochen _____

Geschwisterermäßigung

<input type="checkbox"/>	Ich erhalte 25% Ermäßigung, da ich bereits ein weiteres Kind in der Schulkinderbetreuung angemeldet habe. Name und Klasse des bereits angemeldeten Kindes sind:
<input type="checkbox"/>	Ich erhalte 50% Ermäßigung, da ich bereits zwei weitere Kinder in der Schulkinderbetreuung angemeldet habe. Namen und Klassen der bereits angemeldeten Kinder sind:
<input type="checkbox"/>	Ich erhalte 100% Ermäßigung, da ich bereits drei weitere Kinder in der Schulkinderbetreuung angemeldet habe. Namen und Klassen der bereits angemeldeten Kinder sind:

Vom Entgelt befreit sind alle Schülerinnen und Schüler mit Hauptwohnsitz in Heilbronn, deren Eltern/Erziehungsberechtigte zu Leistungen nach dem BuT berechtigt sind. Ein aktueller Leistungsbescheid (SGB II, SGB XII, §2 AsylbLG, Kinderzuschlag nach dem Bundeskindergeldgesetz oder Wohngeldgesetz) ist dem Betreuungsträger vorzulegen. Der Tag, an dem der Leistungsbescheid als Nachweis vorliegt, gilt als Antragsdatum.

BEWILLIGUNGSBESCHIED (SGBII / WoG / KiZ / SGBXII / AsylbLG)

gültig von: _____ gültig bis: _____

MIT MEINER/UNSERER UNTERSCHRIFT ERKLÄRE/N ICH/WIR, DASS

1. mir/uns die Benutzungsbedingungen der Stadt Heilbronn (Stand 08.12.2021),
2. die allgemeinen Hinweise zum Datenschutz und
3. das Merkblatt zum Infektionsschutzgesetz bekannt sind und
4. ich/wir die Einverständnis- und Verpflichtungserklärung ausgefüllt und abgegeben habe/n.
5. ich/wir Wohnsitzänderungen und Änderungen der Bankverbindung unverzüglich mitteile/n.
6. ich/wir mein/unsere Kind im Krankheitsfall oder bei anderen Fehlgründen direkt beim Betreuersteam abmelden.

Heilbronn, den _____ Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten _____

Bankverbindung unverändert und bekannt

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT* für Betreuung und Jugendhilfe Enzkreis und Region Heilbronn gGmbH**

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE84ZZ0002245850

Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. Ich ermächtige Betreuung und Jugendhilfe Enzkreis und Region Heilbronn gGmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogene Lastschrift 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 & Nachname Kontoinhaber

<input type="checkbox"/>	Adresse wie Kind, andernfalls: Straße & Hausnummer
--------------------------	--

Postleitzahl und Ort

IBAN

DE	_____	_____	_____	_____
----	-------	-------	-------	-------

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift

***Das SEPA-Lastschriftmandat erlischt bei Rückbelastung, eine Neuerteilung ist dann erforderlich.