

PK: \_\_\_\_\_  
(wird von VG ausgefüllt)

erfasst am: \_\_\_\_\_  
(wird von VG ausgefüllt)

## Anmeldung für die Teilnahme am Betreuungsangebot der Grundschule Hoppstädten-Weiersbach

### Schuljahr 2024/2025

Hiermit melde ich mein Kind für das Betreuungsangebot in der Grundschule Hoppstädten-Weiersbach verbindlich an. Mir ist bekannt, dass:

- dieses Angebot nur auf Schultage beschränkt ist
- diese Anmeldung nur schriftlich und mit einer Frist von **3 Wochen zum Monatsende** gegenüber der Verbandsgemeindeverwaltung Birkenfeld als Schulträger widerrufen und geändert werden kann
- für die Teilnahme an diesem Betreuungsangebot ein Kostenbeitrag zu leisten ist, der zu Beginn des Monats im Lastschriftverfahren eingezogen wird
- nur volle Stunden abgerechnet werden können
- die Abrechnung immer für den vollen Monat erfolgt
- die Kosten der Mittagsverpflegung zusätzlich zu zahlen sind

Name, Vorname des Kindes	Klasse	Geb.-Datum
Name, Vorname der Eltern/Sorgeberechtigten	Telefon	
Anschrift	<b>Betreuungsbeginn</b>	

#### Monatliche Elternbeiträge

**15,00 €** bei bis zu 5-stündiger Betreuung in der Woche

**22,00 €** bei bis zu 10-stündiger Betreuung in der Woche

**32,00 €** bei bis zu 15-stündiger Betreuung in der Woche

**37,00 €** bei über 15-stündiger Betreuung in der Woche

Befinden sich Geschwisterkinder in der Betreuung, werden die Stunden von den Kindern zusammen gezählt und abgerechnet.

Betreuungsbedarf	(bitte ankreuzen)				
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<b>7.00 – 8.00 Uhr</b>					
<b>12.00 – 13.00 Uhr</b>					
<b>13.00 – 14.00 Uhr</b>					
<b>14.00 – 15.00 Uhr</b>					
<b>15.00 – 16.00 Uhr</b>					

Ich/wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben richtig und vollständig sind und dass ich/wir alle Änderungen sofort dem Schulträger mitteile/n.

Datum	Unterschrift

Bitte wenden →

# **SEPA–Lastschriftmandat für SEPA–Basislastschriften (Erteilung einer Einzugsermächtigung)**

Verbandsgemeinde Birkenfeld  
Schneewiesenstr. 21  
55765 Birkenfeld

Zahlungsempfänger: Verbandsgemeinde Birkenfeld  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48BIR00000102313

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger – Verbandsgemeinde Birkenfeld – Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger – Verbandsgemeinde Birkenfeld – auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Änderungen meiner/unserer Bankverbindung werde/n ich/wir unverzüglich mitteilen.**

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

Verwendungszweck: **Betreuungsgebühr Grundschule Hoppstädten-Weiersbach**  
Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

SEPA-Lastschriftmandat ist gültig:

ab sofort

ab dem \_\_\_\_\_

---

Name des Kontoinhabers:

---

Anschrift des Kontoinhabers (falls nicht Sorgeberechtigte/r):

---

Verwandtschaftsverhältnis zum Kind (falls nicht Sorgeberechtigte/r):

---

IBAN:

---

BIC:

---

Ort, Datum

Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s

Die Verbandsgemeinde Birkenfeld wird Ihnen mit der ersten Abbuchung Ihre Mandatsreferenz mitteilen. Änderungen des SEPA-Lastschriftmandates werden Ihnen rechtzeitig schriftlich mitgeteilt.