

PK: _____
(wird von VG ausgefüllt)

erfasst am: _____
(wird von VG ausgefüllt)

Anmeldung für die Teilnahme am Betreuungsangebot der Grundschule Hoppstädten-Weiersbach

Schuljahr 2022/2023

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	Betreuungsbeginn	

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
7.00 – 8.00 Uhr					
12.00 – 13.00 Uhr					
13.00 – 14.00 Uhr					
14.00 – 15.00 Uhr					
15.00 – 16.00 Uhr					

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.