

Buchungsbeleg für Kindergarten Gottmannshofen Bliensbachweg

Anlage 2

<input type="radio"/> NEUANMELDUNG ab	<input type="radio"/> ÄNDERUNG ab	<input type="radio"/> LÖSCHUNG zum
---	---	--

FAD-OBJEKT: # _____ - _____	Buchungszeit: _____
-----------------------------	---------------------

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name d. Zahlungspflichtigen: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____

- Abbuchungsermächtigung
siehe Anhang
- ÜBERWEISER (rechtzeitiger Zahlungseingang bis zum 5. des Monats vorausgesetzt)

Die Benutzungsgebühr wird für 12 Monate, also auch für die Ferienzeit, erhoben.

Bei Kindern mit (drohender) Behinderung:

Ein Bescheid über die Bewilligung einer integrativen Betreuung nach § 53 SGB XII oder § 35 SGB VIII liegt
 nicht vor vor (bitte Bescheid in Kopie beifügen)

Beide Elternteile bzw. der Elternteil, bei dem das Kind seinen überwiegenden Aufenthalt hat, sind bzw. ist nichtdeutscher Herkunft (Nachweise beifügen)
 ja nein

Elternbeitrag/Benutzungsgebühren: (gültig ab 01.09.2024)

	Regelkind	unter 3 J.
3 bis einschließlich 4 Stunden	<input type="radio"/> 1. Kind 127,50 EUR	184,90 EUR
	<input type="radio"/> 2. Kind 95,60 EUR	138,70 EUR
mehr als 4 bis einschließlich 5 Stunden	<input type="radio"/> 1. Kind 140,30 EUR	203,40 EUR
	<input type="radio"/> 2. Kind 105,20 EUR	152,60 EUR
mehr als 5 bis einschließlich 6 Stunden	<input type="radio"/> 1. Kind 154,30 EUR	223,70 EUR
	<input type="radio"/> 2. Kind 115,70 EUR	167,80 EUR
mehr als 6 bis einschließlich 7 Stunden	<input type="radio"/> 1. Kind 169,70 EUR	246,10 EUR
	<input type="radio"/> 2. Kind 127,30 EUR	184,60 EUR
	<input type="radio"/> 3. Kind 0,00 EUR	0,00 EUR
Spielgeld/Materialgeld	4,00 EUR	4,00 EUR
Elternbeitragszuschuss	-100,00 EUR	

Monatsbeitrag: _____ EUR

Spiel- bzw. Materialgeld _____ EUR

Wertingen, den _____

Unterschrift d. Kindergartenleiterin

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Zahlungsempfänger:
Gläubiger-Identifikationsnummer:

Stadt Wertingen, Schulstr. 12, 86637 Wertingen
DE79ZZZ00000039481

/ WIRD SEPARAT MITGETEILT

FAD / Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Name des Kontoinhabers

Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kreditinstitut

Name und Ort

Konto

BIC (Business Identifier Code)

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift(en)

Ort

Datum

Unterschrift(en)

gilt nur für

Grundsteuer

Gewerbesteuer

Hundsteuer

Wasser-/Kanalgebühren

Friedhofsgebühren

Kindergartengebühren

Mittagessen

Mittagsbetreuung

Miete

Pacht

Beiträge
