

Aufnahmeantrag Ferienbetreuung Klingenberg

belijha

VERSTEHEN. FÖRDERN. BETREUEN.

belijha gGmbH
Freudentaler Str. 2
74357 Bönningheim
Tel.: 07143 9688510
Email: info@belijha.de
Kreissparkasse Heilbronn
IBAN: DE18 6205 0000 0000 5410 64

Betreuungsteam 07131 3907355
schulkinderbetreuung-klingenberg@belijha.de

KIND	Kundennummer:												gesehen: <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> GTB												
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"/>	6,00	
Modul 2	(13:30 - 16:30)	= 3,00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3,00	

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"/>	6,00	
Modul 2	(13:30 - 16:30)	= 3,00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3,00	

Gesamtbetrag | Woche

Summe beide Wochen

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 bei belijha gGmbH vorzulegen. Der Tag, an dem der Leistungsbescheid als Nachweis vorliegt, gilt als Antragsdatum.

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

gültig von: _____ gültig bis: _____

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

1. mir/uns die Benutzungsbedingungen (Stand 09.2019) ausgehändigt wurden, bekannt sind und ich/wir diese anerkenne/n.
2. ich/wir die allgemeinen Hinweise zum Datenschutz der belijha gGmbH erhalten und zur Kenntnis genommen habe/n.
3. mir/uns das Merkblatt zum Infektionsschutzgesetz ausgehändigt wurde.
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 nur Module an Tagen angekreuzt habe/n, an denen mein/unser Kind auch tatsächlich an der Betreuung teilnimmt.
7. ich/wir mein/unser Kind im Krankheitsfall oder bei anderen Fehlgründen beim Betreuerteam abmelden.

Heilbronn, den _____ Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten _____

Bankverbindung unverändert und bekannt

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT* für belijha gGmbH, Freudentaler Str. 2, 74357 Bönnigheim**

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE84ZZZ00002245850

Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. Ich ermächtige die belijha gGmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von belijha gGmbH 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse wie Kind, andernfalls: Straße & Hausnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postleitzahl und Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

DE															
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

--	--	--	--	--	--

Unterschrift

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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