

Sie erreichen unser *Betreuer*team telefonisch unter **07131 - 250015** oder per Email an **schulkinderbetreuung-lps@belijha.de**

--	--	--	--

**BETREUUNGS-/ÄNDERUNGSBEGINN AB MONAT/JAHR (MMJJ):**

<b>KIND</b>	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		
<b>NOTFALLNUMMERN</b>		

**A  Anmeldung für HALBTAGESKINDER**

Bänderbuchung		EUR/Monat
<b>Frühband</b> (täglich) 07:30 – 08:30	<input type="checkbox"/>	<b>20</b>
<b>Mittagsband</b> (täglich) 12:00 – 14:00	<input type="checkbox"/>	<b>40</b>

**Flex 1: Halbtagesbuchung bis 14:00 Uhr (maximal ein fester Tag/Woche)**

Bitte gewünschten Tag eintragen:	<input type="checkbox"/> <b>12 EUR/Monat</b>
<b>Flex 1: Halbtagesbuchung 14:00 – 16:30 Uhr (nur Mittwoch ODER Freitag möglich)</b>	
Bitte gewünschten Tag eintragen:	<input type="checkbox"/> <b>14 EUR/Monat</b>
<b>Summe:</b>	<b>EUR/Monat</b>

**B  Anmeldung für GANZTAGESKINDER**

Bänderbuchung		EUR/Monat
<b>Frühband</b> (täglich) 07:30 – 08:30	<input type="checkbox"/>	<b>20</b>
<b>Mittagsband</b> (Mo, Di, Do) 12:00 – 14:00	<input type="checkbox"/>	<b>0</b>
<b>Mittagsband</b> (Mi + Fr) 12:00 – 14:00	<input type="checkbox"/>	<b>16</b>
<b>Nachmittag</b> (Mi + Fr) 14:00 – 16:30	<input type="checkbox"/>	<b>20</b>

**Flex 1: Halbtagesbuchung bis 14:00 Uhr (maximal ein fester Tag/Woche)**

Bitte gewünschten Tag eintragen:	<input type="checkbox"/> <b>12 EUR/Monat</b>
<b>Flex 1: Halbtagesbuchung 14:00 – 16:30 Uhr (Mittwoch ODER Freitag)</b>	
Bitte gewünschten Tag eintragen:	<input type="checkbox"/> <b>14 EUR/Monat</b>
<b>Summe:</b>	<b>EUR/Monat</b>

**C  Flex 2\***

	einmalig EUR
<b>Flex 2: 10er Karte*</b>	<input type="checkbox"/> <b>40</b>

EUR/einmalig

\*Mit Flex 2 können Sie unabhängig von weiteren Buchungen für Halb- oder Ganztageskinder maximal ein Mal im Schuljahr eine 10er Karte erwerben. Jede der 10 Einzelkarten kann mit vorheriger Anmeldung (mind. 2 Tage Vorlauf) an einem Tag für Betreuung entweder bis 14:00 oder ab 14:00 bis 16:30 eingesetzt werden, soweit Betreuungskapazität verfügbar ist. Halbtageskinder können Betreuung ab 14:00 nur mittwochs oder freitags wahrnehmen. Sie erhalten die 10er Karte nach Zahlungseingang.

## 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 bei belijha gGmbH 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 der belijha gGmbH 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/unser Kind im Krankheitsfall oder bei anderen Fehlgründen direkt beim Betreuerteam abmelden.

Heilbronn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Bankverbindung unverändert und bekannt

<b>SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT*** für belijha gGmbH, Freudentaler Str. 2, 74357 Bönnigheim</b>																					
<b>GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE84ZZ00002245850</b>																					
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.																					
<b>Vorname &amp; Nachname Kontoinhaber</b>																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
<input type="checkbox"/> Adresse wie Kind, andernfalls: Straße & Hausnummer																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Postleitzahl und Ort																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
<b>IBAN</b>																					
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		D	E																		
D	E																				
<b>BIC (8 oder 11 Stellen)</b>																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
<b>Ort</b>	<b>Datum</b>																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J		
T	T	M	M	J	J																
<b>Unterschrift</b>																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
***Das SEPA-Lastschriftmandat erlischt bei Rückbelastung, eine Neuerteilung ist dann erforderlich.																					

## Einverständnis- und Verpflichtungserklärung für (Name des Kindes)

Weg zwischen Schule und GTB, Heimweg	Mein Kind darf den Weg zwischen Schule und Betreuung alleine zurücklegen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mein Kind darf alleine den Weg von der Betreuung nach Hause gehen oder fahren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Pädagogische Angebote -Ausflüge-	Mein Kind darf an allen Ausflügen und Unternehmungen der Betreuung teilnehmen, mit Ausnahme(n) von: _____		
	Mein Kind kann schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Schweigepflicht	Die Mitarbeiter der Betreuung führen mit den Lehrern und den pädagogischen Fachkräften Gespräche zum Wohle Ihres Kindes. Damit diese Zusammenarbeit stattfinden kann, benötigen wir Ihre Zustimmung.		
	Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Zusammenarbeit zwischen der Betreuung und der Schule stattfindet und befreie die beteiligten Fachkräfte von ihrer Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Notfallärztliche Versorgung	Die Mitarbeiter dürfen im Notfall Erste-Hilfe-Maßnahmen und ggf. eine ärztliche Versorgung einleiten.		
	Im Notfall ist/sind _____ zu verständigen.		

Personen- und Datenschutz	Ich/wir sind damit einverstanden, dass Fotos/Videos meines Kindes im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Betreuung veröffentlicht werden dürfen.		
	Internet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Presse/Flyer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderheiten	Bei meinem/unserem Kind ist auf folgende Besonderheiten zu achten (Allergien, Medikamente, Krankheiten, Essensunverträglichkeit, Ernährungsbesonderheiten (religiös bedingt, vegetarisch) _____		
----------------	--	--	--

Heilbronn, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_