

Eingegangen am: _____

Kindergartenanmeldung

| |
|----------------------------------|
| Name, Vorname der Eltern: |
| Anschrift (Straße, Hausnr., Ort) |

Wir melden unser / ich melde mein Kind

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| Name, Vorname des Kindes: | Geburtsdatum des Kindes: |
|---------------------------|--------------------------|

für die Zeit ab dem

| | | |
|---------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Anmeldedatum: | <u>für den Kindergarten Rhoden</u> | <u>für den Kindergarten Wrexen</u> |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

verbindlich an.

Es wird folgendes Betreuungsmodul gewählt (bitte zutreffendes ankreuzen):

| | <u>Betreuungszeit</u> | <u>Kind bis 3 Jahre</u> | <u>Kind ab 3 Jahre</u> |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | 07:00 Uhr – 13:00 Uhr | 136,50 € | - |
| <input type="radio"/> | 07:00 Uhr – 15:00 Uhr | 181,50 € | 45,00 € |
| <input type="radio"/> | 07:00 Uhr – 17:00 Uhr | 216,50 € | 80,00 € |

Das dritte und jedes weitere Kind einer Familie, das bzw. die gleichzeitig den Kindergarten besucht bzw. besuchen, ist bzw. sind gebührenfrei.

Nach § 67 a SGB X ist das Erheben von Sozialdaten zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle erforderlich ist.

| | | |
|--------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <u>Datum</u> | <u>Unterschrift des Vaters</u> | <u>Unterschrift der Mutter</u> |
| | | |

Informationen für die Eltern

Aufnahmevoraussetzungen

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass angemeldete Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme mindestens das erste Lebensjahr vollendet haben müssen. Des Weiteren ist für die Aufnahme in eine unserer Kindertagesstätten eine Maserschutzzimpfung verpflichtend. Es gelten zudem die Aufnahmebedingungen der gültigen Kindertagesstätte.

Benutzungsgebühren

Für den Besuch der Kindertagesstätte sind Gebühren gemäß der gültigen Gebührensatzung zur Kindertagesstätte zu entrichten. Es besteht die Möglichkeit beim Jugendamt des Landkreises Waldeck-Frankenberg eine Beihilfe zu den Kindergartenbenutzungsgebühren zu beantragen. Entsprechende Vordrucke und Informationen erhalten Sie bei der Stadtverwaltung oder in den zuständigen Kindergärten.

Mittagsversorgung/Getränkegeld

Neben der Kindergartenbenutzungsgebühr wird in den Kindergärten zusätzlich ein Getränkegeld erhoben. Es besteht die Möglichkeit einer kostenpflichtigen Mittagsversorgung.

Wir weisen darauf hin, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Kostenübernahme der Kindergartenbeiträge durch den Landkreis Waldeck-Frankenberg und gegebenenfalls eine Kostenübernahme für die Mittagsverpflegung im Rahmen des Teilhabepakets durch den Landkreis Waldeck-Frankenberg bzw. durch das zuständige Jobcenter erfolgen kann.

Bestätigung des Kindergartens

(wird von der Kindergartenleitung ausgefüllt)

| | |
|--|--------------------------------------|
| Die Aufnahme des Kindes kann | |
| <input type="radio"/> ab dem _____ erfolgen. | |
| <hr/> | <hr/> |
| Datum | Unterschrift der Kindergartenleitung |

Verfügung

(wird von der Stadtverwaltung ausgefüllt!)

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. Kdg-Liste | |
| <input type="radio"/> 2. Anschreiben | |
| <input type="radio"/> 3. EDV-Verarbeitung | |
| <hr/> | <hr/> |
| Datum | Unterschrift des Sachbearbeiters |

KINDERGARTENANMELDUNG

Eingegangen am:

| |
|--|
| |
|--|

*** Ausfertigung für den Kindergarten ***

| |
|---------------------------|
| Name, Vorname des Kindes: |
|---------------------------|

| | | |
|---------------|-------------|----------------------|
| Geburtsdatum: | Konfession: | Staatsangehörigkeit: |
|---------------|-------------|----------------------|

für die Zeit ab dem

| | |
|---------|---|
| (Datum) | für den Kindergarten im Stadtteil |
| | <input type="radio"/> R h o d e n <input type="radio"/> W r e x e n |

07:00 Uhr – 13:00 Uhr

07:00 Uhr – 15:00 Uhr

07:00 Uhr – 17:00 Uhr

Eltern

Vater:

| | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| Name, Vorname des Vaters | | Familienstand: |
| Geburtsdatum: | Konfession: | Staatsangehörigkeit: |
| Anschrift: | | Telefon- und ggf. Handynummer: |
| Arbeitgeber (zur Benachrichtigung bei evtl. Unfällen) | | Telefonnummer des Arbeitgebers: |

Mutter:

| | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| Name, Vorname der Mutter | | Familienstand: |
| Geburtsdatum: | Konfession: | Staatsangehörigkeit: |
| Anschrift: | | Telefon- und ggf. Handynummer: |
| Arbeitgeber (zur Benachrichtigung bei evtl. Unfällen) | | Telefonnummer des Arbeitgebers: |

Geschwister

| | | |
|----|---------------|--------------|
| 1. | Name, Vorname | Geburtsdatum |
| 2. | Name, Vorname | Geburtsdatum |
| 3. | Name, Vorname | Geburtsdatum |

Krankheiten

Evtl. Krankheiten des Kindes:

Allergien

Evtl. Allergien des Kindes:

Medikamente

Evtl. Medikamenteneinnahme des Kindes:

Besonderheiten / Sonstiges:

Ärztliche Betreuung

Hausarzt des Kindes

| | |
|-----------------|---------------|
| Name, Anschrift | Telefonnummer |
|-----------------|---------------|

Betreuender Kinderarzt

| | |
|-----------------|---------------|
| Name, Anschrift | Telefonnummer |
|-----------------|---------------|

ggf. weitere Ärzte / Therapeuten

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Name, Anschrift, Fachgebiet | Telefonnummer |
| Name, Anschrift, Fachgebiet | Telefonnummer |
| Name, Anschrift, Fachgebiet | Telefonnummer |

Krankenkasse des Kindes

Name, Anschrift; Stammversicherter

| | | |
|-------|-------------------------|-------------------------|
| Datum | Unterschrift des Vaters | Unterschrift der Mutter |
|-------|-------------------------|-------------------------|



Magistrat der Stadt Diemelstadt, Lange Straße 6, 34474 Diemelstadt
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000220716

Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats

SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende / einmalige Zahlungen

Ich ermächtige widerruflich den Magistrat der Stadt Diemelstadt Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Magistrat der Stadt Diemelstadt auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

| | | |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Gewerbesteuer (300) | _____ |
| | | Kassenzzeichen |
| <input type="checkbox"/> | Hundesteuer (400) | _____ |
| | | Kassenzzeichen |
| <input type="checkbox"/> | Grundbesitzabgaben (200) (Grundsteuer, Abfall, Wasser u. Kanal usw.) | _____ |
| | | Kassenzzeichen |
| <input type="checkbox"/> | Kindergartengebühren (625) | _____ |
| | | Kassenzzeichen |
| <input type="checkbox"/> | Mieten / Pachten (600/601) | _____ |
| | | Kassenzzeichen |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Diese Einzugsermächtigung gilt ab sofort / ab _____

- Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen
- Das Mandat gilt für einmalige Zahlungen

Bankname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber:

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Magistrat der Stadt Diemelstadt über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte beachten Sie, dass das Lastschriftmandat nur mit Original-Unterschrift (nicht mehr per Fax, per Mail oder telefonisch) berücksichtigt wird.

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Stadtkasse besteht die Möglichkeit, alle an die Stadt Diemelstadt wiederkehrenden und einmalige Zahlungen im Lastschriftverfahren vom Girokonto (Abbuchung vom Sparbuch ist nicht möglich) abbuchen zu lassen. Sie sparen sich dadurch den Weg zur Bank und können die termingerechte Zahlung nicht versäumen, so dass Ihnen keine weiteren Kosten (Mahngebühren, Säumniszuschläge) entstehen.

Das bargeldlose Banklastschriftverfahren ist für Sie praktisch und bequem, erleichtert auch uns die Arbeit und trägt dazu bei, den Verwaltungsaufwand in beiderseitigem Interesse möglichst gering zu halten.

Zur Teilnahme bitten wir Sie, das umseitige Lastschriftmandat vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Wir veranlassen dann bei Fälligkeit die Abbuchung der entsprechenden Beträge.

Die Teilnahme am Lastschriftverfahren erfolgt freiwillig, ist jederzeit widerruflich, für Sie völlig risikolos und gilt bis auf Widerruf. Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto für die einzuziehenden Beträge die erforderliche Deckung aufweist, andernfalls ist das Konto führende Geldinstitut nicht verpflichtet, der Lastschrift zu entsprechen. Nach **Rückgabe** einer Lastschrift durch die Bank **buchen** wir **nicht mehr** von Ihrem Konto ab und Sie müssen dann selbst für die termingerechte Zahlung Ihrer Verbindlichkeiten sorgen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, eine Abbuchung innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Buchungsdatum bei Ihrer Bank stornieren zu lassen. Wir bitten Sie jedoch, vorher mit uns zu sprechen, da für Sie durch die Rückgabe von Lastschriften Kosten entstehen. Ändert sich Ihre Bankverbindung, teilen Sie uns dies zur Vermeidung von Rücklastschriften und den damit verbundenen Kosten bitte rechtzeitig mit.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Stadtkasse