

# Die Urspringer

Einrichtung der Gemeinde Straßlach-Dingharting



## Anmeldung für eine Aufnahme im Jahr 2020

Bitte leserlich ausfüllen!

|   |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
|---|---|----------------------|-------|-------|-------|--|--|-------|--|--|--|--|--|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|--|---|-------|-----------------------|--|
| Familiennamen und Vorname(n) des Kindes:  | Geschlecht  | Geburtsdatum:        |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Wohnort und Straße des Kindes:  | Telefonnummern:   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| E-Mail: Bitte geben Sie zur Vereinfachung des Aufnahmeverfahrens <u>eine</u> E-Mailadresse an!            |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Geburtsort des Kindes:  | Religion:   | Staatsangehörigkeit: |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Liegt eine Mehrsprachigkeit in der Familie vor? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Welche Sprachen werden gesprochen? _____  |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Kind spricht vorwiegend _____   |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| <b>Datum des Eintritts</b>  | <b>Buchungsvoraussetzungen: (siehe Benutzungssatzung)</b>   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| gewünschter Termin:<br>_____  | Mindestbuchung von 15 Wochenstunden; Einhaltung der Bring-/ Abholzeiten; mindestens zwei zusammenhängende Tage / Woche<br><u>Bringzeiten:</u> um 7:30 Uhr, um 8:00 Uhr oder um 8:30 Uhr<br><u>Abholzeiten:</u> 12:00 Uhr, 14:00 Uhr, 15:00 Uhr  |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| spätester Termin:<br>_____  | <b>Bitte Ausfüllen!</b><br><input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr.   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
|   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Bringen</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Holen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">= Stunden/ Tag</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> | Bringen              |       |       |       |  |  | Holen |  |  |  |  |  | = Stunden/ Tag | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">=</td> <td style="width: 100px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>Stunden/ Woche</b></td> <td></td> </tr> </table> | = | _____ | <b>Stunden/ Woche</b> |  |
| Bringen   |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Holen   |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| = Stunden/ Tag  | _____   | _____                | _____ | _____ | _____ |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| =   | _____   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| <b>Stunden/ Woche</b>   |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |
| Ich bin verbindlich an einer verlängerten Betreuung bis 16:00 Uhr interessiert <input type="checkbox"/>   |   |                      |       |       |       |  |  |       |  |  |  |  |  |                |       |       |       |       |       |  |   |       |                       |  |

|   |   |
|---|---|
| Bei Platzmangel mit Aufnahme zu einem späteren Zeitpunkt einverstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein                 |   |
| Ich bin auch an einer Aufnahme in der Krippengruppe<br>in Großdingharting interessiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |   |
| Ich bin auch an einer Aufnahme ab 2 Jahren im Haus für Kinder interessiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein             |   |
| Name, Vorname(n) Mutter (mit Geburtsname):  | Name, Vorname(n) Vater:   |
| Familienstand:  | Familienstand:  |
| <b>Mutter sorgeberechtigt?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | <b>Vater sorgeberechtigt?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| <b>Mutter alleinerziehend?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  | <b>Vater alleinerziehend?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>     |
| Geburtsdatum:                      Geburtsort:  | Geburtsdatum:                      Geburtsort:  |
| Staatsangehörigkeit:  | Staatsangehörigkeit:  |
| Beruf:  | Beruf:  |
| Berufstätig?                      ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Berufstätig?                      ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| In Elternzeit bis _____<br><i>Nachweise/Bescheinigungen beifügen!</i>   | In Elternzeit bis _____<br><i>Nachweise/Bescheinigungen beifügen!</i>                       |
| Firma:                      Adresse der Arbeitsstätte:  | Firma:                      Adresse der Arbeitsstätte:                                      |
| Telefon Arbeitsstätte:                      Handy:  | Telefon Arbeitsstätte:                      Handy:  |
| Krankenkasse                      Vater:  | Mutter:                      Kind:  |

|   |  |
|---|--|
| Geschwister mit<br>Geburtsdatum:  |  |
| Geschwisterkind(er) hat(haben) einen Platz in einer anderen <u>gemeindlichen</u> Einrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ;<br>in welcher ?<br>_____ |  |

|   |  |
|---|--|
| Die Personensorgeberechtigten erklären sich damit einverstanden, dass bei Aufnahme des Kindes Nachweise über Impfstatus und durchgeführte Untersuchungen zu erbringen sind: |  |
| Vorlegen des Impfpasses des angemeldeten Kindes bei Aufnahme <input type="checkbox"/>   | Vorlegen des gelben U-Heftes bei Aufnahme des angemeldeten Kindes <input type="checkbox"/> |

|  |   |
|--|---|
| Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind an Ausflügen der Tagespflege teilnimmt.                                  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wir sind damit einverstanden, dass die Tagespflege mit den gemeindlichen Kindergärten vertrauensvoll zusammenarbeitet. | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

### SEPA-Lastschriftmandat

Wir bitten Sie, beigefügte Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats auszufüllen. Hiermit ermächtigen Sie die Gemeinde Straßlach-Dingharting die anfallenden Benutzungsgebühren von Ihrem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Wir verpflichten uns, für den regelmäßigen Besuch, das pünktliche Bringen und Abholen unseres Kindes sowie die rechtzeitige Bezahlung der monatlichen Gebühren zu sorgen, ggf. unser Kind unverzüglich zu entschuldigen bzw. schriftlich abzumelden. Wir sind bereit, die Erziehungsarbeit der Tagespflegestellen zu unterstützen und in allen Fragen mit den Tagespflegestellen zusammenzuarbeiten.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Mit dieser Anmeldung haben Sie Ihr Kind zum Besuch der Tagespflegestellen der Gemeinde Straßlach – Dingharting angemeldet. Die Aufnahme erfolgt nach Maßgabe der verfügbaren Plätze und unter Anwendung der geltenden Aufnahme- und Zusagekriterien. Sie erhalten eine schriftliche Zu- oder Absage von der Gemeindeverwaltung. Diese Anmeldung wird nur berücksichtigt, wenn die Anlage „Bescheinigung des Arbeitgebers“ oder ein gleichwertiger Nachweis über Berufstätigkeit und „Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats“ ausgefüllt vorgelegt wird.

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers  
Gemeinde Straßlach-Dingharting  
Schulstr. 21  
82064 Straßlach

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE42STD00000203883**  
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Gemeinde Straßlach-Dingharting, wiederkehrend Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Straßlach-Dingharting 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.

|  |
|--|
| Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):<br>_____<br>_____ |
|--|

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber)

### Hinweis: Das Mandat kann für folgende Leistungen eingesetzt werden

Für alle Objekte im Gemeindegebiet  oder folgende Objekte:

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Flurnummer, etc.)

Alle von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen:   
oder folgende Bereiche:

- |                              |                          |                         |                          |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Grundsteuer A                | <input type="checkbox"/> | Grundsteuer B           | <input type="checkbox"/> |
| Gewerbesteuer                | <input type="checkbox"/> | Hundesteuer             | <input type="checkbox"/> |
| Miete / Pacht                | <input type="checkbox"/> | Abwasser/Kleineinleiter | <input type="checkbox"/> |
| Gebühren für Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> |                         |                          |
| _____                        | <input type="checkbox"/> | _____                   | <input type="checkbox"/> |

# Bescheinigung des Arbeitgebers

Frau \_\_\_\_\_ ist bei mir / uns

\_\_\_\_\_ ab / seit \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Anschrift

an folgenden Tagen zu folgenden Zeiten mit insgesamt \_\_\_\_\_ Wochenstunden beschäftigt:

↑ **Montag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Dienstag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Mittwoch** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Donnerstag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Freitag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel / Unterschrift Arbeitgeber

# Bescheinigung des Arbeitgebers

Herr \_\_\_\_\_ ist bei mir / uns

\_\_\_\_\_ ab / seit \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Anschrift

an folgenden Tagen zu folgenden Zeiten mit insgesamt \_\_\_\_\_ Wochenstunden beschäftigt:

↑ **Montag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Dienstag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Mittwoch** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Donnerstag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

↑ **Freitag** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel / Unterschrift Arbeitgeber