# Aufnahmeantrag

## 1. Aufnahme

Wir beantragen / ich beantrage die Aufnahme unseres/meines Kindes in der Einrichtung

☐ Kinderhaus „Sonnenblume“ Eckartsberg.

☐ Kinderhaus „Märchenland“ Mittelherwigsdorf.

☐ Hort „Herschdurfer Hort Häusl – H³“ Mittelherwigsdorf.

| **Angaben zum Kind** |
|---|
| Vorname Nachname |
| Geburtstag |
| Geburtsort |
| Geschlecht |
| Staatsangehörigkeit |
| Krankenkasse |
| **Adresse** |
| Straße Hausnummer |
| Postleitzahl Ort |

| **Angaben zur gewünschten Betreuung** | |
|---|---|
| Voraussichtlicher Betreuungsbeginn (immer nur zum 1. des Monats) | |
| Voraussichtliches Betreuungsende (immer nur zum letzten des Monats) | |
| Betreuungsart und -umfang (zum Beginn des Vertrages) | |
| ☐ **Kinderkrippe/Kindergarten**<br>☐ 9 Stunden<br>☐ 7,5 Stunden<br>☐ 6 Stunden<br>☐ 4,5 Stunden | ☐ **Hort**<br><br>☐ 6 Stunden<br>☐ 5 Stunden |

| Angaben zum Personensorgeberechtigten | |
|---|---|
| **1. Personensorgeberechtigter** | **2. Personensorgeberechtigter** |
| Vorname Nachname | Vorname Nachname |
| Geburtstag | Geburtstag |
| Geburtsort | Geburtsort |
| Geschlecht | Geschlecht |
| Staatsangehörigkeit | Staatsangehörigkeit |
| **Adresse** | |
| Straße Hausnummer | Straße Hausnummer |
| Postleitzahl Ort | Postleitzahl Ort |
| **Kontakt/Erreichbarkeit** | |
| Telefon (Festnetz) | Telefon (Festnetz) |
| Telefon (Mobil) | Telefon (Mobil) |
| Telefon (Geschäftlich) | Telefon (Geschäftlich) |
| E-Mail | E-Mail |

| Sonstiges | |
|---|---|
| Beziehung zum Kind<br>☐ Elternteil ☐ Großelternteil<br>☐ Pflegeelternteil ☐ Sonstiges: | Beziehung zum Kind<br>☐ Elternteil ☐ Großelternteil<br>☐ Pflegeelternteil ☐ Sonstiges: |
| Sorgerecht für das Kind<br>☐ alleiniges ☐ gemeinsames ☐ keins | Sorgerecht für das Kind<br>☐ alleiniges ☐ gemeinsames ☐ keins |
| im Haushalt des Kindes<br>☐ Ja ☐ Nein | im Haushalt des Kindes<br>☐ Ja ☐ Nein |
| Erziehungsstatus[1]<br>☐ alleinerziehend ☐ nicht alleinerziehend | Erziehungsstatus[1]<br>☐ alleinerziehend ☐ nicht alleinerziehend |
| Beschäftigungsverhältnis<br>☐ Ja ☐ Nein | Beschäftigungsverhältnis<br>☐ Ja ☐ Nein |

[1] Als alleinerziehend gelten diejenigen, die tatsächlich allein mit mindestens einem Kind in einem Haushalt zusammenleben und für die Pflege und die Erziehung des Kindes ohne wesentliche Unterstützung Dritter sorgen.

| Angaben zur vorherigen Betreuung des Kindes | |
|---|---|
| **Einrichtung** | |
| **Ort** | |
| **Betreuungszeit** | |
| **Betreuungszeitraum** | |

| Geschwisterkind 1 | Geschwisterkind 2 | Geschwisterkind 3 | Geschwisterkind 4 |
|---|---|---|---|
| Nachname, Vorname | Nachname, Vorname | Nachname, Vorname | Nachname, Vorname |
| Geburtstag | Geburtstag | Geburtstag | Geburtstag |
| Betreuungsende | Betreuungsende | Betreuungsende | Betreuungsende |

.....

Ort, Datum Unterschrift des 1. Vertragspartners

.....

Ort, Datum Unterschrift des 2. Vertragspartners

.....

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung

Erteilung eines

# SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: *Gemeinde Mittelherwigsdorf*
*Am Gemeindeamt 7*
*02763 Mittelherwigsdorf*

Tel.: *03583 / 50 13 0*
Mail: *gemeinde@mittelherwigsdorf.de*

Gläubiger-Identifikationsnummer: *D E 2 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 1 2 6 8 6*

Mandatsreferenz (vom Gläubiger auszufüllen, max. 35 Zeichen):

**SEPA-Lastschriftmandat:**
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: 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.

Zahlungsart: ☐ *Wiederkehrende Zahlung* ☐ *Einmalige Zahlung*

Zahlungsgrund: ☐ *Elternbeitrag* ☐ *Essengeld*

Name des Kindes:

Name und Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Bankverbindung des/der Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab: *(Datum)*

Hinweise: Bitte reichen Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular bei der Gemeindekasse Mittelherwigsdorf, Am Gemeindeamt 7 in 02763 Mittelherwigsdorf, ein. Beachten Sie bitte, dass Abbuchungen von Sparkonten nicht möglich sind. Sollte sich Ihre Bankverbindung ändern, bitten wir um rechtzeitige Mitteilung, damit Rückbuchungsgebühren vermieden werden können. Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto die für die einzuziehenden Beträge erforderliche Deckung aufweist, anderenfalls ist das kontoführende Kreditinstitut nicht verpflichtet, den Abbuchungsaufträgen zu entsprechen. Auch in diesem Fall ist das Kreditinstitut berechtigt, Rückbuchungsgebühren zu erheben. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum: 29.10.2026 Unterschrift(en):

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