



Gemeinde Helmstadt-Bargen

ANMELDEFORMULAR

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule

Hiermit melde ich / melden wir

Name und Vorname des/der Erziehungsberechtigten

Straße u. Haus-Nr., PLZ u. Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

mein / unser Kind:

Name und Vorname des Kindes

Klasse

ab dem Schuljahr 2024/2025 ab _____

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule in Helmstadt an.

Für mein/unser Kind benötige/n ich/wir folgende Betreuungszeiten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Betreuungsblock 1: (Modul 1)**
7.00 Uhr – 8.30 Uhr
- für das 1. Kind: 48,00 €
 - für das 2. Kind: 43,00 €
 - für das 3. Kind: 13,00 €

- Betreuungsblock 2: (Modul 2)**
13.00 Uhr – 14.30 Uhr
- für das 1. Kind: 48,00 €
 - für das 2. Kind: 43,00 €
 - für das 3. Kind: 13,00 €

- Betreuungsblock 3: (Modul 3)**
14.30 Uhr – 16.00 Uhr
- für das 1. Kind: 48,00 €
 - für das 2. Kind: 43,00 €
 - für das 3. Kind: 13,00 €

- Nutzung von drei**
Betreuungsblöcken: (Modul 4)
- für das 1. Kind: 125,00 €
 - für das 2. Kind: 105,00 €
 - für das 3. Kind: 30,00 €

- Zehnerkarte** zur Nutzung einzelner
Blöcke 63,00 €

Anzahl Zehnerkarte: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte unbedingt die Einzugsermächtigung für die Gemeindekasse Helmstadt-Bargen auf der Extraseite dieses Anmeldeformulars ausfüllen und unterschreiben!

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Gemeindekasse 74921 Helmstadt-Bargen, Rabanstraße 14

DE41ZZZ00000011453

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Helmstadt-Bargen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Helmstadt-Bargen 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise **Abbucher** to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor **Abbucher**.

Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information:

Die Abbuchung der Kernzeitbetreuung erfolgt monatlich zum 5. eines Monats.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	74921 Helmstadt-Bargen Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	DE IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
	Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	Kernzeitbetreuung Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum
City and date of signature(s)

Helmstadt-Bargen, den _____

Unterschrift(en)/Signatures _____