

Antrag

zum Besuch der „Betreuenden Grundschule“ für das Schuljahr 2020/2021

Die Stadt Neuwied als Schulträger, der Förderverein der Schule, der Elternverein oder ein freier Träger – nachfolgend Träger genannt – richtet nach Bedarf ein **Betreuungsangebot** gemäß der „Hinweise zur Einrichtung von Betreuungsangeboten an Grundschulen“ des Ministeriums für Bildung, Frauen und Jugend des Landes Rheinland-Pfalz vom Januar 2002 an nachstehender Grundschule ein:

Name der Grundschule:

Geschwister-Scholl-Schule

Die Betreuung findet in der Regel an allen Unterrichtstagen statt. Die Dauer der täglichen Betreuung richtet sich nach dem erhobenen Bedarf und der vom Träger der Maßnahme festgelegten Betreuungszeiten von **07.00 Uhr bis 08.00 Uhr, von 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr oder von 12.00 Uhr bis 16.00 Uhr. Je nach Kapazität** der zur Verfügung stehenden Plätze, erfolgt eine **bedarfsorientierte Aufnahme**.

Das Betreuungsangebot ist eine schulische Veranstaltung im Sinne der Grundschulordnung und es besteht gesetzlicher Versicherungsschutz.

Die Betreuungspersonen, die keine pädagogischen Funktionen erfüllen und keine Hausaufgabenhilfe leisten, sind Mitarbeiter des Trägers der Maßnahme. Die Schulleitung führt die Aufsicht über die Maßnahme. Bei der Teilnahme an der Betreuungszeit bis 16.00 Uhr tragen die Erziehungsberechtigten Sorge für eine ausreichende Verpflegung ihres Kindes.

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Straße: _____

PZL, Wohnort _____

Wir beantragen das Betreuungsangebot für das Kind _____, geboren am _____, Klassenstufe _____ in der o. g. Grundschule **für ein Schuljahr** und zahlen hierfür den nachstehenden festgesetzten Elternbeitrag (bitte ankreuzen):

Betreuungszeiten	Elternbeiträge jährlich
Bezahlblock I 07.00 Uhr bis 08.00 Uhr	84,00 € (mtl. 7,00 €)
Bezahlblock II 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr	168,00 € (mtl. 14,00 €)
Bezahlblock IV 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr (nur freitags GTS Kinder)	36,00 € (mtl. 3,00 €)

Die Zahlung erfolgt ausschließlich per Bankeinzug. Der Antrag und die Bankeinzugsermächtigung gelten nur für das Schuljahr 2020/2021.

Da es sich bei der „Betreuenden Grundschule“ um eine freiwillige Leistung der Stadt Neuwied, bzw. dem freien Träger handelt, kann hierfür kein Rechtsanspruch geltend gemacht werden.

Neuwied, _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte wenden

Die zu zahlenden Beiträge für das Betreuungsangebot „Betreuende Grundschule“

Bezahlblock I

- | | | |
|--------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> | jährlich in einer Summe (01.10.2020), 07.00 Uhr bis 08.00 Uhr | 84,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> | halbjährliche Rate (01.10.2020 & 01.03.2021), 07.00 Uhr bis 08.00 Uhr | ..42,00 Euro |

Bezahlblock II

- | | | |
|--------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> | jährlich in einer Summe (01.10.2020), 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr | 168,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> | halbjährliche Rate (01.10.2020 & 01.03.2021), 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr | 84,00 Euro |

Bezahlblock IV

- | | | |
|--------------------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> | jährlich in einer Summe (01.10.2020), 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr nur freitags | 36,00 Euro |
|--------------------------|--|------------|

abbuchen zu lassen.

Die Bankeinzugsermächtigung gilt nur für das Schuljahr 2020/2021.

Neuwied, _____

Unterschrift Kontoinhaber/in

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Stadtverwaltung Neuwied

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Engerser Landstr. 17

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
56564 Neuwied

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE60ZZZ0000028765

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As a part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address:
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

E-Mail-Adresse (bitte unbedingt angeben, wenn vorhanden)/E-Mail Account (please sure to tell them if available)

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

