

# Verbindliche Erklärung über das Elterneinkommen lt. Elternbeitragsordnung

Kita: \_\_\_\_\_ Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

**Kind - Name** \_\_\_\_\_

**Gruppenbereich**

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

KK 0-3 Jahre		KG 3-Schulalter	
Hort			

Name/n weiterer unterhaltsberechtigter Kinder	Geburtsdatum

Signum Abgleich  
Kido

Angaben zu (beiden) Personensorgeberechtigten / Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Anschrift, wenn anders als o.g.		

Füllt die Verwaltung aus: (Kinderkrippe+Kindergarten) (Schulhort)

bis 6 Stunden		bis 4 Stunden	
über 6 bis 8 Stunden		über 4 bis 5 Stunden	
über 8 bis 10 Stunden		über 5 bis 6 Stunden	
über 10 Stunden		über 6 Stunden	

**Wir sind** - Inhaber des Familienpass der Stadt Brandenburg - ja -  
- Empfänger von Kinderzuschlag - ja - - Empfänger von Sozialleistungen lt. EBO - ja -

Die Originale hierzu müssen in der Kita vorgelegt werden. Bei Zutreffen eines o.g. Umstands wird der Mindestbeitrag festgelegt; weitere Angaben sind unten nicht erforderlich.

Ansonsten bitte im Folgenden die Angaben in € pro Monat bzw. Jahr ausfüllen;

	Mutter	Vater
Bruttoeinkommen - Arbeitnehmer	_____	_____
positive Einkünfte - aus Gewerbe	_____	_____
Weitere Einnahmen; z.B.: Mutterschaftsgeld	_____	_____
Sozialleistungen nach EBO	_____	_____
Unterhaltsleistungen für dieses zu betreuende Kind	_____	_____
Unterhaltsleistungen an den betreu- enden Personensorgeberechtigten	_____	_____
Miete/Pachten	_____	_____
Renten	_____	_____
Elterngeld	_____	_____
Andere Einnahmen	_____	_____
(z.B. aus Mandat, mit Pensionsberechtigungserwerb, Wahlämter etc.)		
Sonstige Einnahmen	_____	_____

**Gesamteinkommen** \_\_\_\_\_

Ort:/ Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
beider Personensorgeberechtigten)

Signum  
Beitrags-  
rechnung

**Kindergeld wird bei der Beitragsberechnung nicht angerechnet.**

**Belege bitte einreichen (Verdienstbescheinigungen, Steuererklärungen etc. lt. EBO).**

**Bei getrenntlebenden Personensorgeberechtigten sind zwei getrennte Erklärungen notwendig.**

**Mir ist bekannt, dass**

- der höchste Kostensatz festgelegt wird, wenn nicht die erforderlichen Unterlagen vorgelegt werden, die eine Herabsetzung der Kostenbeteiligung rechtfertigen und
- die monatliche Kostenbeteiligung zum 11. eines jeden Monats über das Einzugsverfahren zu entrichten ist.

**Ich versichere**

- dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche oder unvollständige Angabe die rückwirkende Erhöhung des Betreuungsgeldes zur Folge haben und zu wenig gezahlte Beiträge nachgefordert werden
- dass ich dem Träger der Einrichtung unverzüglich mitteile, wenn Ermäßigungsgründe wegfallen bzw. Einkommenserhöhungen eintreten.

Ort:/ Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
beider Personensorgeberechtigten)

## Ausfertigung für den Zahlungsempfänger - Lafim

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Lafim-Diakonie  
Dienste für junge Menschen und Familien  
Belziger Chaussee 6  
14776 Brandenburg a. d. Havel

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
DE85ZZZ00000128904

[Mandatsreferenz]  
wird Ihnen mitgeteilt

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
LAFIM – Dienste für junge Menschen und Familien

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
LAFIM – Dienste für junge Menschen und Familien

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC1]

[IBAN]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

### Vorankündigung für bevorstehende Lastschrifteinzüge

Einen bevorstehenden Lastschrifteinzug aus dem oben genannten SEPA-Lastschriftmandat werden wir mit einer Frist von mindestens einem Tag vor Fälligkeit des Einzugs vorankündigen.

Mit der Vorankündigung innerhalb der genannten Frist bin ich/sind wir einverstanden.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

## Kopie für den Zahlungspflichtigen

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Lafim Diakonie  
Dienste für junge Menschen und Familien  
Belziger Chaussee 6  
14776 Brandenburg a. d. Havel

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE85ZZZ00000128904

[Mandatsreferenz]

wird Ihnen mitgeteilt

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

LAFIM – Dienste für junge Menschen und Familien

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

LAFIM – Dienste für junge Menschen und Familien

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC<sup>1</sup>]

[IBAN]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

### Vorankündigung für bevorstehende Lastschrifteinzüge

Einen bevorstehenden Lastschrifteinzug aus dem oben genannten SEPA-Lastschriftmandat werden wir mit einer Frist von mindestens einem Tag vor Fälligkeit des Einzugs vorankündigen.

Mit der Vorankündigung innerhalb der genannten Frist bin ich/sind wir einverstanden.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)