Kita: Aufnahmedatum:

**Kind - Name Gruppenbereich**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| KK 0-3 Jahre |  | KG 3-Schulalter |  |
| Hort |  |  |  |

Vorname

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

Anschrift

Tel.-Nr.

Signum Abgleich Kido

|  |  |
| --- | --- |
| Name/n weiterer unterhaltsberechtigter Kinder | Geburtsdatum |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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/nein -

- Empfänger von Kinderzuschlag - ja/nein - - Empfänger von Sozialleistungen lt. EBO - ja/nein -

Die Originale hierzu müssen in der Kita vorgelegt werden. Bei Zutreffen eines o.g. Umstands

wird der Mindestbeitrag festgelegt; weitere Angaben zum Einkommen sind dann nicht erforderlich.

Mutter Vater

Zu allen Positionen bitte Belege beifügen!

Nettoeinkommen - Arbeitnehmer

Betrag der privaten Versicherungen

Bruttoeinkommen - Arbeitnehmer

positive Einkünfte - aus Gewerbe

Weitere Einnahmen; z.B.:

Mutterschaftsgeld

Unterhaltsleistungen für dieses

zu betreuende Kind

Unterhaltsleistungen an den betreu-

enden Personensorgeberechtigten

Miete/Pachten

Renten

Elterngeld

Andere Einnahmen

Signum Beitrags-rechnung

(z.B. aus Mandat, mit Pensionsberechtigungserwerb, Wahlämter etc.)

Sonstige Einnahmen

**Gesamteinkommen**

Ort:/ Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

beider Personensorgeberechtigten)

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

**Belege bitte einreichen (Verdienstbescheinigungen, Steuererklärungen**

**etc. lt. EBO).**

**Wenn kein Sozialleistungsempfänger:**

**Bei einem Nettoeinkommen bis 55.000€ zusätzlich Belege der privaten Versicherungen einreichen**

### 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)

|  |
| --- |
| Fliedners Lafim-Diakonie gGmbH  Dienste für Junge Menschen und Familien  Belziger Chaussee 6  14776 Brandenburg a. d. Havel  **Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments** |

|  |  |
| --- | --- |
| [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  DE84ZZZ00000128922 | [Mandatsreferenz]  wird Ihnen mitgeteilt |

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

|  |
| --- |
| [Name des Zahlungsempfängers]  Fliedners Lafim-Diakonie gGmbH - 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]  Fliedners Lafim-Diakonie gGmbH - 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] |

1 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)

|  |
| --- |
| Fliedners Lafim-Diakonie gGmbH  Dienste für Junge Menschen und Familien  **Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments**  Belziger Chaussee 6  14776 Brandenburg a. d. Havel |

|  |  |
| --- | --- |
| [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  DE84ZZZ00000128922 | [Mandatsreferenz]  wird Ihnen mitgeteilt |

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

|  |
| --- |
| [Name des Zahlungsempfängers]  Fliedners Lafim-Diakonie gGmbH - 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]  Fliedners Lafim-Diakonie gGmbH - 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] |

1 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) |