



Die Eltern/Sorgeberechtigten,

wohnhaf in

melden ihr Kind,

ab dem:

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Name:

Datum:

am Mittagessen in der Ganztagsbetreuung der „GGs Kohlscheid-Mitte“ in Herzogenrath an. Für das Mittagessen (warme Mahlzeit; Obst und Sprudelwasser ohne Beschränkung) erhebt das Haus St. Josef gGmbH, Eschweiler, eine Kostenpauschale von **52,50 €** pro Monat (pro Essen 3,15 € / à 200 Schultage – die Schultage können je nach Lage der Ferien variieren).

Die Eltern/Sorgeberechtigten leisten monatlich für das Mittagessen eine Pauschale in Höhe von 52,50 € an das Haus St. Josef gGmbH gGmbH. Eine Erstattung nicht in Anspruch genommener Mahlzeiten erfolgt nur bei Klassenfahrten und bei Krankheit ab dem 5. Krankheitstag, wenn das Kind länger als 4 Betreuungstage in Folge die Betreuungsmaßnahme nachweislich krankheitsbedingt nicht besucht hat. Das bedeutet, dass der Beitrag für das Mittagessen für die ersten 4 krankheitsbedingten Fehltage nicht erstattet wird.

Förderberechtigte im Rahmen von „Kein Kind ohne Mahlzeit“ zahlen, bis die Bewilligung der Anträge eingegangen ist, den vollen Beitrag in Höhe von 52,50 € pro Monat. Der gewährte Zuschuss wird dann in den folgenden Monaten verrechnet.

Die Pauschale ist in Monatsbeiträgen vom 01.08. – 31.07. zu zahlen.

Wir/Ich ermächtige/n das Haus St. Josef gGmbH, Eschweiler, die monatliche Kostenpauschale für das Mittagessen in der Ganztagsbetreuung der „GGs Kohlscheid-Mitte“ ab dem _____ von dem nachstehend aufgeführten Konto abzubuchen.

Sollte es nicht möglich sein, den fälligen Betrag einzuziehen, entsteht eine Stornogebühr die von dem Kontoinhaber zu tragen ist.

Bestehen Zahlungsrückstände von zwei Monaten, so kann das Kind im Einvernehmen mit der Schule von der OGS ausgeschlossen werden.

Mir/Uns sind die Rahmenbedingungen bzgl. des Mittagessens bekannt und ich/wir erkenne(n) diese an.

Herzogenrath, _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

* Bei einer evtl. Erhöhung des Essenspreises kann sich die monatliche Pauschale erhöhen. Sie werden dann von uns benachrichtigt.



SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger Haus St. Josef gGmbH Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Hehrather Str. 6 2249 Eschweiler
Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000620130
Mandatsreferenz (Deb.-Nr.)
<p>Ich ermächtig / Wir ermächtigen das Haus St. Josef gGmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen
Name des Zahlungspflichtigen:
Anschrift des Zahlungspflichtigen: Straße und Hausnummer: Postleitzahl und Ort:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)
BIC (8 oder 11 Stellen)
Ort, Datum
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen