

# Anmeldung in Kindertagesstätte

Hiermit melden wir unser Kind ab dem \_\_\_\_\_ an.

## Wunschkindertagesstätte

- Hatzenbühl  Kita Wirbelwind  
Jockgrim  Kita Albertino  Kita Max & Moritz  Kita Schwalbennest  
Rheinzabern  Kita Faustina  Kita Mühlgasse

## Betreuungsart

- Hortplatz  Teilzeitplatz  Ganztagsplatz  Krippenplatz

## Kriterien für einen Ganztags-/ Krippen- oder Hortplatz

- Alleinerziehend  Ausbildung / Studium  Arbeitssuchend  
 Berufstätigkeit der Mutter (Teilzeit \_\_\_h/Woche ; Vollzeit \_\_\_h/Woche)  
 Berufstätigkeit des Vaters (Teilzeit \_\_\_h/Woche ; Vollzeit \_\_\_h/Woche)

## Daten der Sorgeberechtigten:

Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Daten des Kindes, das neu in die Kindertagesstätte aufgenommen werden soll:

Nachname	Vorname	Geb.Datum	Geburtsort

## Weitere Kinder der Familie, für die Kindergeld bezogen wird:

Nachname	Vorname	Geb.Datum	Geburtsort

## Die Anmeldung ist in der jeweiligen Kindertagesstätte abzugeben.

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Änderungen, insbesondere beim Kindergeldbezug werden der Verbandsgemeindeverwaltung unverzüglich mitgeteilt. Beiträge die evtl. zu Unrecht ermäßigt oder erlassen wurden sind nachzuzahlen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Vordruck ist auch als ausfüllbares Formular unter [www.vg-jockgrim.de](http://www.vg-jockgrim.de) verfügbar.

Bearbeitungsvermerke VG-Verwaltung, Sachbearbeiter/-in:				
Bürger-Nr:	Statistik	Erfassung Daten	SEPA-Mandat erhalten	Kita-Kinder
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Verbandsgemeindeverwaltung Jockgrim

für die Ortsgemeinden Jockgrim, Rheinzabern, Hatzenbühl und Neupotz

Verbandsgemeindeverwaltung  
Abt. Bürgerservice  
Untere Buchstraße 22  
76751 Jockgrim

**Zahlungsempfänger:**

Gläubiger/in:  
**Verbandsgemeindekasse**

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
**DE20VGJ00000100489**

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungspflichtige/r

Name der natürlichen/juristischen Person	
Straße u. Hausnummer	PLZ, Ort

### Bankverbindung (IBAN u. BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

IBAN (22-stellig – unbedingt angeben)																											
Land	Prüfziffer	bisherige BLZ															bisherige Kto-Nr.										
BIC (8 oder 11-stellig – unbedingt angeben)																											

### abweichender Kontoinhaber:

abweichender Kontoinhaber, Name:	Name/Ansprechpartner/in bei juristischen Personen
Straße u. Hausnummer	PLZ, Ort

### Forderungsart

einmalige, wiederkehrende Zahlungen für:	<b>Mandatreferenz-Nr. - wird mir mitgeteilt -</b>
Buchungs-Nr. _____ (wenn bekannt bitte angeben)	Gültigkeit: <input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab: _____ <input type="checkbox"/> offene Forderungen sofort abbuchen

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen die Verbandsgemeindekasse Jockgrim widerruflich, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Jockgrim auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich/Wir kann/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.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Bitte beachten:** Die Rückgabe des Lastschriftmandats ist nur im **Original gültig**, nicht per Fax oder E-Mail.