

ANMELDUNG FLEXIBLE NACHMITTAGSBETREUUNG PUCKING

 per Mail an icm@pucking.ooe.gv.at oder persönliche Abgabe am Gemeindeamt

Datum der ANMELDUNG: _____

Antragsteller/in	Vorname:	Nachname:	SV-Nr.-Geburtsdatum:
Mutter/Vater:	_____	_____	_____
Titel:	_____		
	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
Telefonnummer:	_____	Arbeitgeber:	_____
E-Mail:	_____	Beruf:	_____

Partner/in	Vorname:	Nachname:	SV-Nr.-Geburtsdatum:
	_____	_____	_____
Titel:	_____		
Telefonnummer:	_____	Arbeitgeber:	_____
E-Mail:	_____	Beruf:	_____

Anmeldung KIND(ER)

Vorname:	Nachname:	SV-Nr.-Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

Darf im Auto (im gesicherten Zustand) mitfahren:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Darf öffentliche Verkehrsmittel mitbenutzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fotos veröffentlichen erlaubt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entfernung Zecken erlaubt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zusätzliche Vereinbarungen:	_____	

Allergien:	_____
Erkrankungen:	_____
Spezielle Ernährung:	_____

ÄRZTIN/ARZT:	Vorname:	Nachname:	Tel.Nr.:
	_____	_____	_____
Straße:	_____		PLZ: _____
Ort:	_____	Gemeinde:	_____

Montag	Von:	Bis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dienstag	Von:	Bis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mittwoch	Von:	Bis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Donnerstag	Von:	Bis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Freitag	Von:	Bis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> isst <u>kein</u> Schweinefleisch	

Abholberechtigte Personen:

Vorname:	Nachname:	Verhältnis zum Kind:	Tel. Nr.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erforderliche UNTERLAGEN

für die Berechnung des Elternbeitrags gem. Homepage Gemeinde Pucking.

- Einkommen:**
- Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit mit monatlichen Bruttoeinkommen
 - oder Arbeits- & Lohnbestätigung von beiden Elternteilen aktueller Steuerbescheid für Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Land- & Forstwirtschaft oder Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge
 - sonstige Einkünfte z.B. aus Vermietung und Verpachtung
 - Kinderbetreuungsgeld (GKK) für das betreute Kind
 - Nachweis Alimentationszahlungen (erhaltene / zu zahlende)
 - Nachweis Unterhaltszahlungen (erhaltene / an Haushaltsfremde zu zahlende)
 - AMS – Bezüge
 - Studienbeihilfen
 - sonstige Bezüge wie Wochengeld, Sozialhilfe, Pensionszahlungen

Unterlagen bzw. wichtige Daten:

- Privathaushaltsbestätigung (Gemeinde oder Magistrat, auch per Mail)
- Familienbeihilfe (Finanzamt)
- SEPA-Lastschrift mit BIC/ IBAN (siehe Beilage)



Puckinger Straße 5, 4055 Pucking
 Tel.: +43 (0)7229 88911-0, Fax: +43 (0)7229 88911-10
 Email: gemeinde@pucking.ooe.gv.at
 Web: www.pucking.at



Aktion Tagesmütter OÖ
 Industriezeile 47a, 4020 Linz
 Telefon 0732/60 28 34 – 80
 Fax 0732/60 28 34 – 81
 Email: office@aktiontagesmuetter.at
www.aktiontagesmuetter.at

Eine Kooperation der Marktgemeinde Pucking und dem
 Verein Aktion Tagesmütter Oberösterreich

SEPA Lastschrift-MandateMandatsreferenz: ...**Eigenleistung**ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Verein Aktion Tagesmütter OÖ, 4020 Linz, Industriezeile 47a**CreditorID:.....**AT69ZZZ00000024302**.....Mandatsreferenz: ...**Mittagessen**ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Marktgemeinde Pucking, Puckinger Straße 5, 4055 Pucking**CreditorID:.....**AT30ZZZ00000009484**.....

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Verein Aktion Tagesmütter OÖ (Kinderbetreuung) sowie die Gemeinde Pucking (Mittagessen) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Verein Aktion Tagesmütter OÖ und von der Gemeinde Pucking auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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.

IBAN: _____

BIC : _____

Bankinstitut: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Wiederkehrender Einzug: _____
Ort, Datum, UnterschriftIndividuelle familiäre Kinderbetreuung
Erfahrung & Vertrauen seit 1979**BEITRITTSERKLÄRUNG (verpflichtend auszufüllen)**

Die Mitgliedschaft ist laut unserer Vereinsstatuten Voraussetzung, damit Ihr Kind/Ihre Kinder bei unseren Tageseltern betreut werden können.

Ich trete hiermit dem Verein AKTION TAGESELTERN OÖ als Mitglied bei.

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Ort, Datum, Unterschrift

Mitgliedsbeitrag: € 25,00 (ordentliche Mitgliedschaft)

Der Mitgliedsbeitrag gilt für das Kalenderjahr, in dem der Beitritt erfolgt.

Mit Beendigung des Betreuungsvertrages erlischt auch die Mitgliedschaft.