

ANMELDUNG FLEXIBLE NACHMITTAGSBETREUUNG PUCKING

 per Mail an icm@pucking.ooe.gv.at oder persönliche Abgabe am Gemeindeamt bis spätestens **15.05.2024**

 Datum der ANMELDUNG:

Antragsteller/in	Vorname:	Nachname:	SV-Nr.-Geburtsdatum:
Mutter/Vater:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>		
	<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:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Straße:	<input type="text"/>

Partner/in	Vorname:	Nachname:	SV-Nr.-Geburtsdatum:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Straße:	<input type="text"/>

Anmeldung KIND

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

Gewünschter Betreuungsbeginn:

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:	<input type="text"/>
Erkrankungen:	<input type="text"/>
Spezielle Ernährung:	<input type="text"/>

ÄRZTIN/ARZT:	Vorname:	Nachname:	Tel.Nr.:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>		PLZ: <input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	Gemeinde:	<input type="text"/>

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.:

Erforderliche UNTERLAGEN (Bis September)

für die Berechnung des Elternbeitrags gem. Homepage Marktgemeinde Pucking.

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

Unterlagen bzw. wichtige Daten:

- o 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 Marktgemeinde 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 Marktgemeinde 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, Unterschrift**BEITRITTSERKLÄRUNG** (verpflichtend auszufüllen)

Ich trete hiermit dem Verein AKTION TAGESMÜTTER OÖ als ordentliches* / förderndes* Mitglied bei.
(Nichtzutreffendes streichen*)

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.