



## Aufnahmeantrag

|  |         |            |   |
|--|---------|------------|---|
| Nachname des Kindes  | Vorname | Geb.-datum | Geburtsort  |
| Anschrift  |         |            | Geschlecht  |
|  |         |            | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Betreuungstage   | ab      | Pflegegrad |   |
| <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag |         |            |   |

|   |                              |               |
|---|------------------------------|---------------|
| Namen der Eltern (ggf. gesetzlicher Vertreter mit abweichender Anschrift) |                              |               |
| Telefon privat  | Telefon dienstlich           | Telefon mobil |
| E-Mail  | weitere Kontaktmöglichkeiten |               |

|   |   |
|---|---|
| Abtretung an die Pflegekasse                              | Bildungsgutschein   |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|             |
|-------------|
| Anmerkungen |
|-------------|

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r/n

Stempel/ Unterschrift Schulleiter/in



## Betreuungsvertrag

Zwischen dem **Schulverband „Förderzentrum Schwerpunkt geistige Entwicklung – Friholtsschule“**, Rathausplatz 1, 24937 Flensburg

für die Teilnahme am Offenen Ganztag in der Friholtsschule, Elbestraße 8, 24943 Flensburg in den Zweigstellen der

- Grundschule Adelby
- Grundschule Ramsharde
- Grund- und Gemeinschaftsschule Tarp

und \_\_\_\_\_.

Das Kind \_\_\_\_\_ wird zum \_\_\_\_\_ aufgenommen.

1. Das Schuljahrjahr beginnt am 01.08. und endet am 31.07. des folgenden Jahres.
2. Betreuungstage werden verbindlich gebucht. Das Zu- oder Abbuchen von Betreuungstagen während des Schuljahres wird von Schule und Träger entschieden und gewährt.
3. Die Erziehungsberechtigten verpflichten sich, alle Änderungen der persönlichen Verhältnisse (z.B. Wohnortwechsel, Kontaktadressen, Sorgerecht) dem Träger sofort mitzuteilen.
4. Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate, die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Schuljahr.
5. Es werden neben dem Gruppengeld (Friholtsschule: 3,50 € monatlich) folgende Monatsbeiträge für die gewählten Betreuungstage sowie die folgenden Verpflegungspauschalen verbindlich gebucht:

|                          | <b>Betreuungstage</b>   | <b>Monatsbeitrag</b> |
|--------------------------|-------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>1 Tag pro Woche</b>  | 31,25 €              |
| <input type="checkbox"/> | <b>2 Tage pro Woche</b> | 62,50 €              |
| <input type="checkbox"/> | <b>3 Tage pro Woche</b> | 89,50 €              |
| <input type="checkbox"/> | <b>4 Tage pro Woche</b> | 111,00 €             |
| <input type="checkbox"/> | <b>5 Tage pro Woche</b> | 130,05 €             |

6. In besonderen Fällen kann der Vertrag aus triftigen Gründen (z.B. Umzug) zum jeweiligen Monatsende nach Rücksprache mit dem Träger gekündigt werden.
7. Eine fristlose Kündigung des Betreuungsvertrages von Seiten des Schulverbandes ist insbesondere dann zulässig, wenn die Erziehungsberechtigten sich mit der Zahlung des Betreuungsentgelts und den Nebenkosten (z.B. Essensgeld) für mindestens 2 Monate in Verzug befinden.
8. Personenbezogene Daten werden nach § 1 SchulG verarbeitet.
9. Vom Tage der Aufnahme an besteht zunächst eine dreimonatige Eingewöhnungszeit. Während dieser Zeit kann der Vertrag bis zum 15. eines Monats zum jeweiligen Monatsende beiderseits schriftlich gekündigt werden.

Der Schulverband „Förderzentrum Schwerpunkt geistige Entwicklung – Friholtsschule“ beauftragt Adelby 1 Kinder- und Jugenddienste gGmbH für erforderlichen Tätigkeiten rund um die Abrechnung von Betreuungsleistungen.

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r/n

Stempel/ Unterschrift Schulleiter/in



Name des Kindes

,

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000219991**

Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen mit der ersten Rechnung mitgeteilt.

Hiermit ermächtige ich Adelby 1 Kinder- und Jugenddienste gGmbH (beauftragt vom Schulverband „Förderzentrum Schwerpunkt geistige Entwicklung – Friholtschule“), bis auf Widerruf die fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

Der Einzug erfolgt jeweils um den **15. des Folgemonats**.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstituts keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen.

Name und Vorname des Kontoinhabers

Anschrift

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Anmerkungen

Datum

Unterschrift



|                        |
|------------------------|
| <b>Name des Kindes</b> |
| ,                      |

## **Abtretungserklärung**

Wir erklären uns/ich erkläre mich damit einverstanden, dass Adelby 1 Kinder- und Jugenddienste gGmbH (beauftragt vom Schulverband „Förderzentrum Schwerpunkt geistige Entwicklung – Friholtschule“), die Betreuungsleistungen des oben genannten Kindes direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

| <b>Name des Pflegekasse</b> | <b>Anschrift</b> | <b>Krankenversicherungsnummer</b> |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------------|
|                             |                  |                                   |

|  |
|--|
| <b>Anspruch auf Leistung</b>   |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI (Niedrigschwelliges Betreuungsangebot) |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI   |

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r/n

# Anmeldung zum Mittagessen

## Schuljahr 2025/26

Name:   
Straße:   
Klasse:  Geburtsdatum:

Vorname:   
PLZ/Ort:   
Telefon:

Namen der Eltern:   
weitere Telefonnr.:

Sind Sie Leistungsempfänger nach SGB II oder XII, erhalten Sie Wohngeld, einen Kindergeldzuschlag oder erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?

Dann haben Sie Anspruch auf Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket!

Wir helfen gerne!

Ich beantrage Leistungen beim Sozialzentrum

**An folgenden Tagen soll mein Kind am Essen teilnehmen:**

Montag:   
Dienstag:   
Mittwoch:   
Donnerstag:   
Freitag:

Die Anmeldung ist für den gesamten Durchlauf verbindlich! Essen kann wegen Krankheit gutgeschrieben werden!

Ich stimme zu, dass Fotos, die während der Teilnahme an der OGS gemacht werden, unter Umständen zu Bericht- und Werbezwecken - ohne Namensnennung - veröffentlicht werden, auch im Internet.

Hinweis zur DatenschutzGrundVerordnung:

Die Daten werden intern elektronisch verwaltet. Die Daten werden grundsätzlich nicht weitergegeben.  
Der Zugang ist Passwortgeschützt.

**Die Teilnahmegebühren werden per SEPA - Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) von meinem Konto abgebucht!**

- Es besteht bereits ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat.
- Ich erteile ein neues SEPA-Lastschriftmandat (im OGS-Büro erhältlich).

Datum:

Unterschrift:

## SEPA-Lastschriftmandat



Amt Oeversee  
Tornschauer Straße 3-5  
24963 Tarp

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE94ZZZ00000101097

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Amt Oeversee, die Zahlungen für die Nutzung der  
**Mittagessen an der Alexander-Behm-Schule Tarp**

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Oeversee auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte beachten Sie, dass für die Vorankündigung der Basis-Lastschriften eine verkürzte Frist von

7

Kalendertagen gilt.  
**Die Mandatsreferenz wird Ihnen rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer Sepa-Basislastschrift mitgeteilt.**

**Namen, Vornamen der Eltern:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname des Kindes:** \_\_\_\_\_

### **Angaben zum Kontoinhaber:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

**IBAN** (siehe Kontoauszug): DE — | — — — | — — — | — — — | — — — | — —

**BIC** (8 oder 11 Stellen): — — — — — | — — —

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

## **Hinweise des Amtes Oeversee**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

**durch die Teilnahme am Lastschriftverfahren wird Ihnen die Zahlung**

- der Grundbesitzabgaben
- der Verbrauchsgebühren
- der Gewerbesteuer
- der Hundesteuer
- und weiterer Verwaltungsgebühren und Abgaben

**wesentlich erleichtert.**

**Haben Sie ein Konto bei der Bank oder Sparkasse, sollten Sie nicht zögern, sich des Lastschriftverfahrens zu bedienen.**

### **Ihre Vorteile**

- Sie zahlen immer den richtigen Betrag, auch wenn sich die Steuer- und Beitragshöhe ändert.
- Sie sparen sich die Überweisung der Forderung.
- Es müssen keine Zahlungstermine überwacht werden.
- Alle Zahlungen erfolgen pünktlich.

### **Kein Risiko**

Mit dem Kontoauszug Ihres Geldinstitutes erhalten Sie über jede vorgenommene Abbuchung eine Quittung.

Sie können jeder Abbuchung widersprechen und von Ihrem Geldinstitut die Wiedergutschrift des abgebuchten Betrages verlangen. Hierfür gilt eine Frist von sechs Wochen, diese verlängert sich beim SEPA-Mandat auf acht Wochen.

### **Was müssen Sie tun?**

**Bitte füllen Sie die umseitige Ermächtigung für den Bankeinzug / das SEPA-Lastschrift-verfahren aus und senden diese unterschrieben im Original an das Amt Oeversee.**

### **Bitte beachten Sie folgendes**

Abbuchungen von einem Sparkonto sind nicht möglich.

Entstehen dem Amt Oeversee im Rahmen des Lastschriftverfahrens Kosten, die Sie zu vertreten haben, weil z.B. eine Lastschrift mangels Deckung nicht eingelöst wird, so sind die Kosten von Ihnen zu tragen.

Für weitere Fragen steht Ihnen die Finanzbuchhaltung des Amtes Oeversee unter der Telefonnummer 04638/8846 gerne zur Verfügung.