

Anmeldung zur Mittagsverpflegung für Schüler der kostenfreien Ganztagschule nach §4a

Fachbereich Bildung
- Referat Servicestelle -
Pfarrstraße 11
73033 Göppingen
Tel. 07161 650-5022
Fax: 07161 650-48 5022
E-Mail: sschaefer@goeppingen.de
Stand vom : 01.01.2025

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag

Die Anmeldung ist verbindlich.

Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Monatsende.

| | | |
|--|--------------|--|
| Voraussetzung für die Anmeldung zur Mittagsverpflegung ist die Teilnahme an der kostenfreien Ganztagschule. | | |
| Mo.-Do. von 8 Uhr bis 16 Uhr | | <input type="checkbox"/> Teilnahme GTS §4a |
| Beginn der Teilnahme am Mittagessen nur zum Monatsanfang: | Schule: | Klasse: |
| Familiennamen des Kindes: | | Geburtsdatum des Kindes |
| Vorname des Kindes: | | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Straße: | PLZ/Wohnort: | |
| Zu- und Vorname der Mutter, wenn sorgeberechtigt: | | |
| Zu- und Vorname des Vaters, wenn sorgeberechtigt: | | |
| Telefon: | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

| |
|--------|
| Email: |
|--------|

| Verpflegungsentgelte (Mittagessen) pro Kind und Monat | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Tage pro Woche | 1 Tag | 2 Tage | 3 Tage | 4 Tage |
| Entgelt pro Monat | 20,80 € | 41,60 € | 62,40 € | 83,20 € |

❖ Sollten Ansprüche aus dem Bildungs- und Teilhabepaket nach § 28 SGB II bestehen, so sind diese beim Jobcenter oder Kreissozialamt zu beantragen.

BuT-Antrag wird gestellt/liegt vor

Schweigepflichtsentbindung liegt vor

Wir, die Stadt Göppingen, nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und halten uns streng an alle geltenden Gesetze und Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere an die Datenschutzgrundverordnung, (DSGVO). Alles weitere entnehmen Sie bitte unserer Homepage www.goeppingen.de.

Die Benutzungs- und Entgeltordnung für die Betreuung an Grundschulen und Verpflegung an Grund- und Gemeinschaftsschulen der Stadt Göppingen (gültig ab 01.09.2023) ist Bestandteil dieser Vertragsgrundlage. Der Empfang wird von den Sorgeberechtigten bestätigt.

Das Verpflegungsentgelt ist im Voraus zum 1. eines Monats fällig. Es wird auch dann in voller Höhe erhoben, wenn Monate durch Schulferien, Feiertage, Schulausflüge, Krankheit des Kindes etc. verkürzt sind. Der Monat August ist kostenfrei.

Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Monatsende.

Datum

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

| |
|--|
| Anmeldung geprüft: Datum, Stempel, Unterschrift Schule |
|--|

Stadtverwaltung Göppingen
Referat Servicestelle
Zu Hd. Frau Silke Schäfer
Pfarrstraße 11
73033 Göppingen

Fachbereich Bildung
- Referat Servicestelle -
Pfarrstraße 11
73033 Göppingen
Tel. 07161 650-5022
Fax: 07161 650-48 5022
E-Mail: sschaefer@goeppingen.de
Stand vom : 01.10.2024

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 37ZZZ00000229678

Mandatsreferenz

Buchungszeichen für Essensverpflegung

5.0.....

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Stadt Göppingen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Göppingen auf mein (unser) Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: 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.

Mit der Erteilung dieses SEPA-Lastschriftmandates wird gleichzeitig der Erfassung, Speicherung und Verwendung der mitgeteilten Daten für den o. g. Sachverhalt, stets widerruflich, zugestimmt.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 DSGVO können unter Suchbegriff „Datenschutz“ unserer Homepage (www.goeppingen.de) entnommen werden.

Bei konkreten Fragen im Zusammenhang mit dem hiermit erteilten SEPA-Lastschriftmandat senden Sie Ihre Anfrage bitte an Stadtkasse@goeppingen.de.

| Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber) | | Abweichender Kontoinhaber |
|------------------------------------|--|---------------------------|
| Name, Vorname | | |
| Straße und Hausnummer | | |
| Postleitzahl und Wohnort | | |
| Name des Kreditinstituts | | |
| BIC | | |
| IBAN | DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | |
| Ort und Datum | | |
| Unterschriften | | |

Das Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig.

Senden Sie es im Original per Post, per Fax oder eingescannt per E-Mail an die zuständige Stelle.