



ID-Nummer des Vertrags: .....

**Buchungsbeleg****Kindertageseinrichtung:** Dekan-Schindler-Haus, Längenauer Str. 20, 95100 Selb**Träger:** Stadtkirchengemeinde St. Andreas, Pfarrstr. 4, 95100SelbDieser Buchungsbeleg ist **Bestandteil des Betreuungsvertrags** vom: .....☐ Erstbuchung mit Vertragsabschluss \*)☐ Änderung der Buchung, gültig ab .....\*)

Name des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Name der Eltern .....  
(Personensorgeberechtigten): .....

Anschrift: .....

.....  
Straße PLZ Ort**Nachweis des Faktors 4,5 für behinderte oder von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder \*)**☐ Ein Eingliederungshilfebescheid nach § 53 SGB XII liegt in Kopie in der Einrichtung vor.**Nachweis des Faktors 1,3 bei nichtdeutschsprachiger Herkunft der Eltern bzw. des alleinerziehungsberechtigten Elternteils \*)**☐ Nachweis liegt in der Einrichtung unter Verwendung der vom StMAS zur Verfügung gestellten Dokumentationshilfe vor.**Festlegung der Buchungszeiten**

Ich/wir benötige/n die Betreuung in der Einrichtung in der Regel zu folgenden Uhrzeiten inkl. Bring- und Abholzeiten (Zeiten, die regelmäßig, aber nicht jede Woche in Anspruch genommen werden, bitte anteilig eintragen):

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
= maximal gebuchte Zeit	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden
<b>Wochenstunden gesamt:</b> ..... <b>Stunden</b>					

**Wochenstunden gesamt geteilt durch 5 Tage = Buchungskategorie:**

Tägl. durchschnittlich	mehr als 3 bis 4 Std.	mehr als 4 bis 5 Std.	mehr als 5 bis 6 Std.	mehr als 6 bis 7 Std.	mehr als 7 bis 8 Std.	mehr als 8 bis 9 Std.	mehr als 9 bis 10 Std.
Bitte ankreuzen							

\*\*) Diese Kategorien sind für Kinder ab 3 Jahren bis zur Einschulung nicht förderfähig.

Die Höhe des Elternbeitrags richtet sich nach der jeweils gültigen Elternbeitragstabelle (Anlage 4 zum Betreuungsvertrag).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.

.....  
Ort, Datum.....  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten.....  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten.....  
Ort, Datum.....  
Unterschrift der Einrichtungsleitung