

Buchungsbeleg Kindergarten und Krippe



Kindertageseinrichtung:
St. Nikolaus KiTa Münchsteinach

Träger: **Evang. Luth. Kirchengemeinde Münchsteinach**

Öffnungszeiten der Einrichtung:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:15 – 16:30	7:15 – 16:30	7:15 – 16:30	7:15 – 16:30	7:15 – 15:30

Dieser Buchungsbeleg ist **Bestandteil des Betreuungsvertrags** vom:

Erstbuchung mit Vertragsabschluss *) Änderung der Buchung, gültig ab*)

Name des Kindes:Geburtsdatum:

Name der Eltern (Personensorgeberechtigten):

Nachweis des Faktors 4,5 für behinderte oder von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder *)

Ein Eingliederungshilfebescheid nach § 99 SGB IX oder § 35a SGB VIII liegt in Kopie in der Einrichtung vor.

Nachweis des Faktors 1,3 bei nichtdeutschsprachiger Herkunft der Eltern *)

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
= maximal gebuchte Zeit	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden
Wochenstunden gesamt: Stunden					

Wochenstunden gesamt geteilt durch 5 Tage = Buchungskategorie:

Tägl. durchschnittlich	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.

Mindestbuchungszeit nach Art. 21 (4) BayKiBiG:

Der Träger hat eine wöchentliche Mindestbuchungszeit von 22,5 Stunden festgelegt.

Die Höhe des Elternbeitrags richtet sich nach der jeweils gültigen Elternbeitragstabelle.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift der Personensorgeberechtigten

.....
 Unterschrift der Personensorgeberechtigten

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift der Einrichtungsleitung