

Antrag auf **Änderung des Betreuungsvertrages**

Kündigung des Betreuungsvertrages

Leiterin Frau Schultz
 Tel. (038 232) 15400 / Fax 84431
 kita@zingst.de

Personensorgeberechtigte/r (Antragsteller/in):

1. Name	Vorname
2. Name	Vorname
Anschrift	
Telefon	

Hiermit beantrage ich für das/die Kind/er:

Name des Kindes	geb. am
Name des Kindes	geb. am
Name des Kindes	geb. am

zum die **Änderung** / **Kündigung** des Betreuungsvertrages:

<u>Betreuungsart</u>	<u>Krippe</u>		<u>Kindergarten</u>		<u>Hort</u>	
	bisher	neu	bisher	neu	bisher	neu
ganztags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halbtags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Essenteilnahme</u>	bisher		neu			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Krankenversicherung neu

Name des Familienversicherten	Name der Krankenkasse	Name des Hausarztes
-------------------------------	-----------------------	---------------------

SEPA-Lastschriftzug neu

Geldinstitut	BIC	IBAN
--------------	-----	------

Änderung bei Personensorgeberechtigten

Erklärung: Es besteht ein Platzanspruch bzw. Bedarf entsprechend §§ 3 ff. KiföG M-V
 Nachweise sind beigelegt liegen bei der Wohnsitzgemeinde vor

Ich versichere, diese Erklärung wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben. Die Voraussetzungen für einen Platzanspruch in der Kindertagesstätte nach §§ 3 ff. KiföG M-V sind mir bekannt. Als Antragsteller bin ich verpflichtet, jede Änderung, die zu einer Veränderung des Platzanspruches führt, unverzüglich und unaufgefordert der Wohnsitzgemeinde mitzuteilen. Kommt es durch Erteilung falscher Auskünfte zu Rückforderungen der Mittel zur Beteiligung an den Platzkosten des Landes Mecklenburg-Vorpommern und des Landkreises Vorpommern-Rügen, werden mir diese in Rechnung gestellt.

Ort, Datum	Unterschrift des Personensorgeberechtigten
------------	--

Anlagen: