



BÜM

gemeinnützige Betreuungs- GmbH

Bräuhausgasse 23
9300 St. Veit/Glan
Tel. 04212/5003, Fax DW 21
office@buem.at | www.buem.at

HORT – AUFNAHMEANTRAG

Standort: KAC

1. Daten Hort			
Horttarif <i>(bitte ankreuzen)</i>		Betreuungszeiten	Mittagessen <i>(bitte ankreuzen)</i>
<input type="checkbox"/>	Ganztags Montag bis Freitag	von Schulende bis 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ganztags 4 Tage pro Woche	von Schulende bis 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ganztags 3 Tage pro Woche	von Schulende bis 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Anmeldung ab			

2. Daten des Kindes			
Vorname		Nachname	
Geschlecht <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Staatsbürgerschaft
Muttersprache			
Adresse			

3. Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten			
Vorname		Titel/Nachname	
berufstätig <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	Beschäftigungsausmaß <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Teilzeit
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Vollzeit
Vorname		Titel/Nachname	
berufstätig <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	Beschäftigungsausmaß <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Teilzeit
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Vollzeit
Familienstand <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
alleinerziehend <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Telefon PRIVAT 1		Telefon ARBEIT 1	
Telefon PRIVAT 2		Telefon ARBEIT 2	

4. Daten zur Abholung des Kindes	
Mein Kind geht nach der Betreuung selbständig nach Hause <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls nein, das Kind wird durch folgende Personen vom Hort abgeholt <i>(bitte ankreuzen)</i>	
<input type="checkbox"/>	Mutter
<input type="checkbox"/>	Vater
<input type="checkbox"/>	Andere Personen:



BÜM

gemeinnützige Betreuungs- GmbH

Bräuhausgasse 23
9300 St. Veit/Glan
Tel. 04212/5003, Fax DW 21
office@buem.at | www.buem.at

Blatt bitte wenden!

5. Allgemeine Informationen

Hausarzt/Kinderarzt				
Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes				
Muss Ihr Kind während der Betreuung Medikamente nehmen <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
wenn ja, welche?				
Allfälliges, was Sie uns mitteilen möchten				

6. Unterschrift der/des Antragsteller/in

Ich bestätige hiermit ausdrücklich die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten und Informationen. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die Einteilung bzw. Vergabe der Hortplätze ausschließlich durch die BÜM gem. Betreuungs-GmbH nach Maßgabe der freien Plätze erfolgt. Ich bestätige hiermit den Erhalt der Kinderbildungs- und -betreuungsordnung für Horteinrichtungen und verpflichte mich diese einzuhalten.

Ort, Datum		Unterschrift Antragsteller/in	
------------	--	-------------------------------	--

7. Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die im vorliegenden Antrag erfassten persönlichen Daten, zweckmäßig für die Betreuung meines Kindes bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, elektronisch verarbeitet werden. Weiters bestätige ich, dass ich seitens der BÜM gem. Betreuungs- GmbH datenschutzrechtlich informiert wurde und dem Inhalt des Dokumentes **BÜM-18004** vollinhaltlich zustimme. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, 9300 – Bräuhausgasse 23, widerrufen werden.

Ort, Datum		Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

8. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtigen die **BÜM gem. Betreuungs- GmbH** die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der BÜM gem. Betreuungs- GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Name)		Anschrift des Zahlungspflichtigen		
IBAN	<input type="text"/>	BIC		
Kreditinstitut				
Zahlungsart <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 5. des Monats	<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung
	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 15. des Monats		
Ort, Datum		Unterschrift/en des/der Kontozeichnungsberechtigten		