



Betreuungsvertrag OGS Pönitz
Kostenstelle 505 50

Bitte füllen Sie den Betreuungsvertrag vollständig
und in Druckschrift aus. Bitte beachten Sie, dass
bei gemeinsamem Sorgerecht an allen Stellen
beide Sorgeberechtigten unterschreiben müssen.

☐ Betreuungsvertrag

☐ Änderungsvertrag

Betreuten-Nr.:

Betreuungsvertrag

zwischen

**Der Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V., Vor dem Kremper Tor 19,
23730 Neustadt i.H.**

und

	Personensorgeberechtigte*r	Personensorgeberechtigt*er
Name		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer		
E-Mail		

Hiermit melde ich mein Kind / melden wir unser Kind:

Name, Vorname: _____ **Klasse:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** _____

Adresse: _____

**zum _____ für die Betreuung an der Offenen Ganztagschule der Emmi-
Bonhoeffer-Schule Pönitz an.**

Die Zahlungspflicht entsteht am 1. jedes Monats. Der Beitrag wird am Monatsanfang per Lastschrift
eingezogen. Die Beiträge sind auch bei Fehlzeiten des Kindes zu entrichten. Bei Zahlungsverzug können ohne
weitere Aufforderung Verzugszinsen und Mahngebühren berechnet werden.

Vertragsgrundlage dieses Betreuungsvertrages ist die Einrichtungsordnung der Offenen Ganztagschule der
Emmi-Bonhoeffer-Schule Pönitz des Kinderschutzbundes Kreisverband Ostholstein e.V., deren Erhalt ich
hiermit bestätige / wir hiermit bestätigen.



Betreuungsvertrag OGS Pönitz
Kostenstelle 505 50

Elternbeiträge und gebuchte Betreuungszeiten:

- ☐ Früh- und Nachmittagsbetreuung: 07.30 – 17.00 Uhr, inkl. Ferienbetreuung
€ 100,00 / Monat

Es gibt eine Geschwister- sowie eine Sozialstaffelermäßigung für die Elternbeiträge. Diese erfolgt auf Antrag bei der Gemeinde Scharbeutz. Für die Berechnung der Ermäßigung können nur Kinder bis Klassenstufe 4 berücksichtigt werden. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an die Einrichtungsleitung.

Name Geschwisterkind in der Einrichtung:

Teilnahme am Mittagessen

Mein / unser Kind nimmt an folgenden Tagen am Mittagessen teil:				
☐ Montag	☐ Dienstag	☐ Mittwoch	☐ Donnerstag	☐ Freitag
5 Tage Essen pro Woche		➔	€ 50,00 mtl.	
4 Tage Essen pro Woche		➔	€ 40,00 mtl.	
3 Tage Essen pro Woche		➔	€ 30,00 mtl.	
2 Tage Essen pro Woche		➔	€ 20,00 mtl.	
1 Tag Essen pro Woche		➔	€ 10,00 mtl.	

Falls Ihr Kind Anspruch auf Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket hat, ist das Mittagessen kostenfrei. Teilen Sie uns zur Abrechnung der Essensbeiträge bitte hier die **Bildungskarten-Nummer** Ihres Kindes mit:

1 0 0 7 _ _ _ _ _
(Wir bitten Sie, uns Änderungen bzgl. der Bildungskarte umgehend mitzuteilen!)

Sollten Sie Fragen haben, können Sie uns wie folgt erreichen:

Adresse: Wiesenweg 1, 23684 Pönitz

Telefonnummer: 04524 / 70 22 35 E-Mail: ogs-poenitz@kinderschutzbund-oh.de

Der Betreuungsvertrag wird erst mit der Unterschrift durch die Einrichtungsleitung wirksam.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigte*r

.....
Unterschrift Einrichtungsleitung
und Stempel der Einrichtung

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigte*r



Datenschutzerklärung

Wir erheben, verwenden und speichern Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Bestimmungen der **EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)** und des **Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)**. Nachfolgend unterrichten wir Sie über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung.

Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Es werden nur die personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet, die für die Erbringung der mit Ihnen vertraglich vereinbarten Dienstleistung erforderlich sind.

Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten

Wir versichern, Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der mit Ihnen eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu nutzen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt grundsätzlich nicht. Ausnahme ist eine erforderliche Weitergabe sog. Grunddaten des Kindes (Name, Geburtstag, Anschrift) auf Aufforderung eines Kostenträgers (z. B. Land Schleswig-Holstein, Stadt oder zuständige Kommune) zur Sicherstellung der Finanzierung der Offenen Ganztagschule.

Auskunfts- und Berichtigungsrecht

Sie haben das Recht, auf schriftliche Anfrage über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten informiert zu werden. Die Anfrage ist zu richten an:

Der Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V.
Vor dem Kremper Tor 19
23730 Neustadt i.H.

Ferner haben Sie das Recht auf Berichtigung Ihrer nicht korrekt verarbeiteten Daten.

Recht auf Sperrung und Löschung

Sie haben das Recht auf Sperrung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Bei der Löschung bezogener Daten müssen gesetzliche Archivierungsverpflichtungen berücksichtigt werden.

Recht auf Übertragung

Sie haben das Recht, Ihre personenbezogenen Daten in einem gängigen Format bereitgestellt zu bekommen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten mit Wirkung für die Zukunft Widerspruch einzulegen. Dieser muss durch eine entsprechende Mitteilung an den Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e. V. erfolgen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass meine / unsere Daten und die meines / unseres Kindes für die zentrale Verwaltung des mit dem Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e. V. eingegangenen Vertrages erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigter*er (beide
Elternteile bei gemeinsamem Sorgerecht)



Betreuungsvertrag OGS Pönitz
Kostenstelle 505 50

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Adresse des Zahlungsempfängers:	Der Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V. Vor dem Kremper Tor 19 23730 Neustadt i.H.
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE54 ZZZO 0000 1832 97
Mandatsreferenz	Die Mandatsreferenz wird Ihnen in einem gesonderten Schreiben mitgeteilt.

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V., wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kontoinhaber*in:	 (Name, Vorname)
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Wohnort:	
Name des Kreditinstituts:	
BIC:	
IBAN:	DE __ ____ ____ ____ ____ __

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber*in