



Stadtgemeinde Hartberg
 Hauptplatz 10, 8230 Hartberg
 Tel.: 03332/603-0 / Fax: -109
 E-Mail: gemeinde@hartberg.at

Anmeldung für Kindergarten/Krippe 2023/2024

Hinweis: Bitte füllen Sie alle Felder korrekt aus. Für alle Datumsangaben gilt das Format „TT.MM.JJJJ“.
 Das Formular bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen – Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. ANGABEN ZUM KIND						
FAMILIENNAME		VORNAME		M	W	GEBURTSDATUM
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLZ	ORT	STRASSE			HAUS-NR.	
ERSTSPRACHE						
<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Bosnisch <input type="checkbox"/> Albanisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Arabisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Kroatisch <input type="checkbox"/> Serbisch <input type="checkbox"/> Ungarisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Andere						
STAATSANGEHÖRIGKEIT		HERKUNFTSLAND		RELIGION		ANZAHL DER GESCHWISTER
WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?				<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> braucht dringend Förderung		
FALLS DEUTSCH NICHT DIE ERSTSPRACHE IHRES KINDES IST: WIE SCHÄTZEN SIE DIE DEUTSCHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?				<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> braucht dringend Förderung		
BEKOMMT IHR KIND DERZEIT BZW. BRAUCHT IHR KIND EINE FÖRDERUNG?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
WENN JA, WELCHE?				<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Mototherapie <input type="checkbox"/> Andere		
HAT IHR KIND CHRONISCHE KRANKHEITEN, UNVERTRÄGLICHKEITEN, ALLERGIEN, AUFFÄLLIGKEITEN? WENN JA, WELCHE?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
WURDE DAS KIND GEGEN MASERN GEIMPFT? WURDE DAS KIND GEGEN COVID-19 GEIMPFT? (NUR GEGEN VORLAGE IMPFPASS!!!)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. ANGABEN ZUR MUTTER / OBSORGBERECHTIGTEN						
FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.	STAATSANGEHÖRIGK.
PLZ	ORT	STRASSE			HAUS-NR.	
TELEFONNUMMER/HANDYNUMMER				E-MAIL-ADRESSE		
NAME DES/DER ARBEITSGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE			BERUF		BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
					<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz bis <input type="checkbox"/> nicht im aufrechten Dienstverhältnis bzw. Kindergeldbezieherin <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Schule	
AKTUELLER FAMILIENSTAND						
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet		<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend		<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> keine Angabe		

3. ANGABEN ZUM VATER / OBSORGBERECHTIGTEN				
FAMILIENNAME		VORNAME	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR.
TELEFONNUMMER/HANDYNUMMER			E-MAIL-ADRESSE	
NAME DES/DER ARBEITSGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE		BERUF		BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS
				<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz bis <input type="checkbox"/> nicht im aufrechten Dienstverhältnis bzw. Kindergeldbezieher <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Schule
AKTUELLER FAMILIENSTAND				
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> keine Angabe		

4. ANGABEN ZUR/ZUM OBSORGBERECHTIGTEN (wenn nicht Mutter oder Vater)				
FAMILIENNAME		VORNAME	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR.
TELEFONNUMMER/HANDYNUMMER			E-MAIL-ADRESSE	
NAME DES/DER ARBEITSGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE		BERUF		BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS
				<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz bis <input type="checkbox"/> nicht im aufrechten Dienstverhältnis bzw. Kindergeldbezieher <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Schule
AKTUELLER FAMILIENSTAND				
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> keine Angabe		

5. ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG		
ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG		GEWÜNSCHTE BETREUUNGSEINRICHTUNG
<input type="checkbox"/> ganztägig mit Essen <input type="checkbox"/> 8 Std. <input type="checkbox"/> 10 Std.	<input type="checkbox"/> halbtägig ohne Essen	KINDERGARTEN I <input type="checkbox"/> KINDERGARTEN II <input type="checkbox"/> KINDERGARTEN III <input type="checkbox"/> KRIPPE <input type="checkbox"/>
SIND FOTOS/FILMAUFNAHMEN FÜR MEDIEN GESTATTET?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere	
HAT DAS KIND IM KOMMENDEN BETREUUNGSJAHR GESWISTER IN DER GLEICHEN EINRICHTUNG?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Kindergarten 1 <input type="checkbox"/> Kindergarten 2 <input type="checkbox"/> Kindergarten 3	<input type="checkbox"/> nein
FALLS IM WUNSCHKINDERGARTEN KEIN PLATZ MEHR FREI IST, WÜNSCHE(N) ICH/WIR EINE BERÜCKSICHTIGUNG IM	Kindergarten/Krippe:	

6. ANGABEN ZUR ABHOLBERECHTIGUNG / IM NOTFALL ZU VERSTÄNDIGEN

FOLGENDE PERSON(EN) IST (SIND) BERECHTIGT, DAS KIND ABZUHOLEN:

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	TELEFONNUMMER

WER IST IM NOTFALL ZU VERSTÄNDIGEN?

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	TELEFONNUMMER

7. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES/DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

ICH		BESTÄTIGE MIT MEINER UNTERSCHRIFT
------------	--	--

- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben aller angeführten Personen,
- dass mit diesem Antrag eine verbindliche Anmeldung für das vorne angeführte Kind für das Kindergartenjahr 2023/2024 erfolgt, und
- ich mich im Falle einer Aufnahme zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages verpflichte (monatlicher Bankeinzug von 10 Beiträgen).

Der Kindergartenerhalter verpflichtet sich, sämtliche Daten und Einkommensnachweise ausschließlich für die Berechnung des Beitragsersatzes und des Schriftverkehrs mit den Eltern heranzuziehen.

DATENSCHUTZRECHTLICHE ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Der Kindergartenerhalter verpflichtet sich, sämtliche Daten und Einkommensnachweise ausschließlich für die Berechnung des Beitragsersatzes und des Schriftverkehrs mit den Eltern heranzuziehen.
Ich/Wir stimme(n) zu, dass die angegebenen Daten zur Erfüllung der pädagogischen Aufgaben sowie zur Verrechnung und Abwicklung der Förderung mit dem Land Steiermark soweit wie unbedingt erforderlich verarbeitet werden.

DATENSCHUTZRECHTLICHE WIDERRUFSKLAUSEL

Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung jederzeit gegenüber dem zuständigen Träger der Kinderbetreuungseinrichtung durch einseitige schriftliche Erklärung zu widerrufen.

SOZIALSTAFFEL

Ich/Wir verzichten auf die Berechnung der sozial gestaffelten Elternbeiträge für das Kindergartenjahr 2023/2024 und legen daher auch keine Einkommensnachweise vor.

- JA
- NEIN

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Verteiler:
1x Einrichtung
1x Abteilung Allgemeine Verwaltung