



Stadt Weiden i.d.OPf.
Amt für wirtschaftliche Hilfen
Soziale Sicherung
Dr.-Pfleger-Straße 15
92637 Weiden

Posteingang:

**Bildung und Teilhabe – Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung
Bestätigung der Kindertageseinrichtung/Kinderhort**

Das Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

ist an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung ab dem _____ angemeldet.

Der Preis beträgt pro Tag _____ € / pro Monat pauschal _____ €.

Nur von der Kindertageseinrichtung / Hort auszufüllen, falls diese(r) gleichzeitig Träger der Mittagsverpflegung ist!

Name der Bank _____

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum _____ Stempel _____ Unterschrift _____

Kindertagesstätte / Hort

Leistungserbringer / Träger für das gemeinschaftliche Mittagessen für das Schuljahr:

(Nur auszufüllen, falls abweichend von den Daten der Kindertageseinrichtung / Hort)

Name/Anschrift Leistungserbringer _____

Name der Bank: _____

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Telefon für Rückfragen: _____

Ort, Datum _____ Stempel _____ Unterschrift _____

Leistungserbringer / Träger

Hinweis: Voraussetzung ist, dass das Mittagessen in der Verantwortung der Einrichtung (wenn die Mittagsverpflegung von der Kindertagesstätte/Hort zumindest befürwortet wird und sie sich deshalb organisatorisch darauf eingerichtet hat) angeboten, gemeinschaftliche ausgegeben und eingenommen wird. Belegte Brötchen und kleinere Mahlzeiten, die z. B. an Kiosken auf dem Gelände der Einrichtung verkauft werden, gehören nicht dazu.