



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:**  
(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.