

# Betreuungsvereinbarung

Schulische Nachmittagsbetreuung (GTS) 2023/24

VS St. Stefan ob Stainz | 8511 St. Stefan ob Stainz 160a



SCHULISCHE  
NACH  
MITTAGS  
BETREUUNG

Der Sozialverein Schilcherland schließt mit den/der Erziehungsberechtigten des zu betreuenden Kindes eine Betreuungsvereinbarung. Mit der Unterschrift der Erziehungsberechtigten erklären diese, dass sie die gesetzliche Obsorge über das Kind haben und mit der Vereinbarung einverstanden sind.

Die Anmeldung ist verbindlich und wird für ein Schuljahr abgeschlossen.

## ÖFFNUNGS- UND BETREUUNGSZEITEN

Die Betreuung findet im Schuljahr 2023/24 von Mo-Fr von 11:50 bis 13:00, 16:00 oder 17:00 statt und findet in den Räumlichkeiten der GTS-Nachmittagsbetreuung der Volksschule St. Stefan o.S. statt. Die Öffnungszeiten werden an die Schulen bzw. den Stundenplan angepasst.

## AUFSICHTSPFLICHT

Die Aufsichtspflicht des Betreuungspersonals beginnt mit dem Eintreffen des Kindes in den Räumlichkeiten der Freizeitbetreuung und endet mit Entlassen des Kindes. Die Aufsichtspflicht trifft das Betreuungspersonal auch außerhalb der für die Freizeitbetreuung gewidmeten Räume, sofern die Kinder in der Obhut unseres Personals stehen (z.B. Ausflug).

## BRINGEN UND HOLEN DES KINDES

Bei der Abholung ist dafür zu sorgen, dass ihr Kind von einer abholberechtigten Person abgeholt wird (Formular: Abholberechtigte Personen). Wenn es neue berechnigte Personen gibt, die das Kind abholen, muss das dem Betreuungspersonal umgehend schriftlich mitgeteilt werden. Die Öffnungs- und Abholzeiten sind einzuhalten. Eine Betreuung über die Öffnungszeiten hinaus ist nicht möglich.

## VEREINBARUNGSÄNDERUNGEN UND ÄNDERUNGEN VON PERSÖNLICHEN DATEN

Eine Änderung der Betreuungszeiten kann bis zu Beginn der Weihnachtsferien schriftlich für das folgende Semester erfolgen, solange dadurch die beantragte Gruppe nicht gefährdet wird. Änderungen des Wohnortes, der Telefonnummer usw. müssen ebenfalls umgehend schriftlich bekannt gegeben werden (gts01@sozialpunkt-sued.at).

## ERKRANKUNG/FERNBLEIBEN

Erkrankt Ihr Kind oder kann es aus anderen Gründen die Nachmittagsbetreuung nicht besuchen, teilen Sie dies umgehend der Leitung mit. Wenn ihr Kind krank ist, darf es Kind erst wieder die Betreuung besuchen, wenn es vollständig gesund ist. Bei ansteckenden Krankheiten (z.B. Scharlach, Grippe, oder Lausbefall...) muss ein ärztliches Attest vorgelegt werden, bevor ihr Kind die Betreuung wieder besuchen darf (sanitätsbehördliche Vorschriften). Wenn ihr Kind wegen Krankheit oder anderen Gründen fernbleibt, werden die Beträge für diese Zeit nicht rückerstattet.

## MEDIKAMENTE

Dem Betreuungspersonal ist es nicht erlaubt, Ihrem Kind jegliche Medikamente zu geben. Eine Ausnahme stellen im Notfall lebenserhaltende Medikamente, wie zum Beispiel Asthmasprays und Allergiemedikamente, dar. Dafür muss eine ärztliche Bestätigung und Unterweisung schriftlich aufliegen.

## BEITRÄGE UND ABBUCHUNGEN

Die Elternbeiträge und die Essenspauschale werden monatlich bis zum 15. ausschließlich mittels Bankeinzug von ihrem Konto eingezogen. Der Einzug erfolgt 10x/Jahr.

Bankspesen, die durch ungerechtfertigten Kundeneinspruch bzw. Rückbuchungen durch die Bank verursacht werden, müssen Sie selbst bezahlen. Um solche zusätzlichen Kosten zu vermeiden, bitten wir Sie, bei Unklarheiten der Beitragsberechnung oder der Abbuchung das Office des Sozialpunkt Süd zu kontaktieren (03462 / 21 172, office@sozialpunkt-sued.at). Die Rechnung wird automatisiert spätestens bis zum Ende des Monats an ihr E-Mail-Adresse versendet.

Informationen zu den Kosten erhalten Sie am Eltern-Informationsblatt und am Anmeldebogen, die als Teil der Betreuungsvereinbarung gelten.

## KÜNDIGUNG UND KÜNDIGUNGSFRIST

Das Unterzeichnen der Betreuungsvereinbarung ist verbindlich und die Anmeldung gilt für das gesamte Schuljahr. Während des Unterrichtsjahres kann eine Abmeldung nur bis spätestens drei Wochen vor dem Ende des ersten Semesters sowie bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Gründe (z.B.: Schulwechsel, Krankheit und ähnliche unvorhergesehene Ereignisse) erfolgen (§ 12 a Abs. 2 Schulunterrichtsgesetz). Der Sozialpunkt Süd behält sich das Recht vor, den Betreuungsvertrag in besonders schwerwiegenden Fällen mit sofortiger Wirkung beenden zu können. Ein solcher Fall liegt vor, wenn:

- Der Ausschluss eines Kindes für die Gewährleistung eines sicheren Betreuungsprozesses unumgänglich ist, wobei dies vom pädagogischen Personal vom Sozialpunkt Süd zu beurteilen ist.
- Die Betreuung aufgrund besonderer Bedürfnisse des Kindes in der Freizeitbetreuung ohne zusätzliche Fördermöglichkeit nicht gewährleistet werden kann.

Für die verbindliche Anmeldung ist das vollständige Ausfüllen des Formulars „Anmeldung zur schulischen Nachmittagsbetreuung“ und des SEPA-Lastschrift-Mandats erforderlich.

Die Änderung von Inhalten des Vertrags durch Gesetzesänderungen ist möglich.

## ANSPRECHPERSON

Für Sozialpunkt Süd:

Julia Streit-Putzi, MA, 0664 2354 615 j.streit-putzi@sozialpunkt-sued.at

## Anmeldung zur schulischen Nachmittagsbetreuung 2023/24

VS St. Stefan ob Stainz | 8511 St. Stefan ob Stainz 160a

| ANGABEN ZUM KIND                    |     |  |                    |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|-------------------------------------|-----|--|--------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Vorname                             |     |  | Nachname           |  |  | M                        | W                        | SV-Nr.                   |                          |                          |                          |             |
|                                     |     |  |                    |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | T T M M J J |
| PLZ                                 | Ort |  | Straße, Hausnummer |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|                                     |     |  |                    |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| Erstsprache des Kindes              |     |  |                    |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| .. Deutsch .. andere Sprache: _____ |     |  |                    |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |

| ANGABEN ZUM/R VORMERKENDEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN                                                                       |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------------------|----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis: |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| Anrede                                                                                                                  | Titel | Vorname |                    | Nachname |  | SV-Nr.                   |                          |                          |                          |                          |             |
| <input type="checkbox"/> Herr                                                                                           |       |         |                    |          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | T T M M J J |
| <input type="checkbox"/> Frau                                                                                           |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| PLZ                                                                                                                     | Ort   |         | Straße, Hausnummer |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|                                                                                                                         |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| Telefonnummer (privat):                                                                                                 |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|                                                                                                                         |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| E-Mail ( <b>verpflichtende Angabe</b> , bitte gut lesbar schreiben!)                                                    |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| An diese Mailadresse werden anfallende Informationen versendet.                                                         |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |
| Mailadresse vom Zahlungspflichtigen für Zusendung der Rechnung.                                                         |       |         |                    |          |  |                          |                          |                          |                          |                          |             |

| BEDARF Die Betreuung wird an folgenden Wochentagen benötigt: (bitte ankreuzen) |                                            |                                               |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Montag</b>                                                                  | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung* | <input type="checkbox"/> bis 16:00            | <input type="checkbox"/> 17:00                |
| <b>Dienstag</b>                                                                | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung* | <input type="checkbox"/> bis 16:00            | <input type="checkbox"/> 17:00                |
| <b>Mittwoch</b>                                                                | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung* | <input type="checkbox"/> bis 16:00            | <input type="checkbox"/> 17:00                |
| <b>Donnerstag</b>                                                              | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung* | <input type="checkbox"/> bis 16:00            | <input type="checkbox"/> 17:00                |
| <b>Freitag</b>                                                                 | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung* | <input type="checkbox"/> bis 16:00            | <input type="checkbox"/> 17:00                |
|                                                                                |                                            | <input type="checkbox"/> Betreuung ohne Essen | <input type="checkbox"/> Betreuung ohne Essen |

\*Mittagsbetreuung = ausschließlich Betreuung bis 13:00h, nur für VS Schüler:innen möglich

| KOSTEN       |                   |                   |                                |                                |                                |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|              | Verpflegung<br>VS | Verpflegung<br>MS | Betreuungsbeitrag<br>bis 13:00 | Betreuungsbeitrag<br>bis 16:00 | Betreuungsbeitrag<br>bis 17:00 |
| 1 Tag/Woche  | 14,40 €           | 17,50 €           | 11,00 €                        | 37,00 €                        | 49,00 €                        |
| 2 Tage/Woche | 28,80 €           | 35,00 €           | 22,00 €                        | 74,00 €                        | 99,00 €                        |
| 3 Tage/Woche | 43,20 €           | 52,50 €           | 33,00 €                        | 111,00 €                       | 148,00 €                       |
| 4 Tage/Woche | 57,60 €           | 70,00 €           | 44,00 €                        | 148,00 €                       | 198,00 €                       |
| 5 Tage/Woche | 72,00 €           | 87,50 €           | 55,00 €                        | 185,00 €                       | 247,00 €                       |

Alle Beiträge sind **10x jährlich** vorzuschreiben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben auf dieser Anmeldung der Wahrheit entsprechen, vollständig sind und ich die Betreuungsvereinbarung gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Jede Anmeldung gilt für das gesamte Schuljahr.

## SEPA LASTSCHRIFT-Mandat

### SEPA Direct Debit Mandate

An/To

**Sozialpunkt Süd**  
Unterer Platz 7b  
8530 Deutschlandsberg

Creditor-ID: AT

### Mandatsreferenz / Mandate reference:

| Zahlungspflichtiger / Debitor |            |                                      |                       |
|-------------------------------|------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Vorname / first name          |            | Nachname / last name                 |                       |
|                               |            |                                      |                       |
| PLZ / Postal code             | Ort / City | Straße, Nr. / Street name and number |                       |
|                               |            |                                      |                       |
| IBAN:                         |            |                                      | Bank / Credit company |
| A T                           |            |                                      |                       |

| Kundenwunsch / Costumer's Request                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Neu/New</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sozialverein Schilcherland Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p>By signing this mandate, you authorize Sozialverein Schilcherland to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Sozialverein Schilcherland.</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p> |

Datum

Unterschrift

## Abholberechtigte Personen (GTS) 2023/24

VS St. Stefan ob Stainz | 8511 St. Stefan ob Stainz 160a

| ANGABEN ZUM KIND |     |                    |  |
|------------------|-----|--------------------|--|
| Vorname          |     | Nachname           |  |
|                  |     |                    |  |
| PLZ              | Ort | Straße, Hausnummer |  |
|                  |     |                    |  |

| ANGABEN ZUR abholberechtigten Person |       |                                |          |                                                          |                          |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter      |       | <input type="checkbox"/> Vater |          | <input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis: |                          |
| Anrede                               | Titel | Vorname                        | Nachname | M                                                        | W                        |
| <input type="checkbox"/> Herr        |       |                                |          | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Frau        |       |                                |          |                                                          |                          |
| PLZ                                  | Ort   | Straße, Hausnummer             |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |

| ANGABEN ZUR abholberechtigten Person |       |                                |          |                                                          |                          |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter      |       | <input type="checkbox"/> Vater |          | <input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis: |                          |
| Anrede                               | Titel | Vorname                        | Nachname | M                                                        | W                        |
| <input type="checkbox"/> Herr        |       |                                |          | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Frau        |       |                                |          |                                                          |                          |
| PLZ                                  | Ort   | Straße, Hausnummer             |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |
| Telefonnummer (privat):              |       |                                |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |

| ANGABEN ZUR abholberechtigten Person |       |                                |          |                                                          |                          |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter      |       | <input type="checkbox"/> Vater |          | <input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis: |                          |
| Anrede                               | Titel | Vorname                        | Nachname | M                                                        | W                        |
| <input type="checkbox"/> Herr        |       |                                |          | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Frau        |       |                                |          |                                                          |                          |
| PLZ                                  | Ort   | Straße, Hausnummer             |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |
| Telefonnummer (privat):              |       |                                |          |                                                          |                          |
|                                      |       |                                |          |                                                          |                          |

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und ich zur Kenntnis nehme, dass mein Kind nur von einer auf diesem Blatt angegebenen abholberechtigten Personen von der GTS abgeholt werden darf. Es ist jederzeit möglich weitere Personen zu nennen, oder als Erziehungsberechtigte/r die Abholberechtigung schriftlich zu widerrufen.