

Name und Anschrift der Schule/ Kindertageseinrichtung

Stadt Gladbeck

Amt für Soziales und Wohnen

Bildung und Teilhabe

Wilhelmstr. 8

45964 Gladbeck

Mittagsverpflegung

Name, Vorname des Kindes:	
Name, Vorname der/ des Erziehungsberechtigten:	
wohnhaft:	

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- SGB II SGB XII/ Asylleistungen Wohngeld/ Kinderzuschlag

Aktenzeichen (falls bekannt): _____

Pauschalabrechnung*

Das o.g. Kind nimmt in der Zeit vom _____ (mm.jj.) bis _____ (mm.jj) am regelmäßigen Mittagessen in der Schule/ Kindertageseinrichtung teil.

Die pauschalen Kosten belaufen sich monatlich auf _____ Euro.

Bankdaten

Name, Vorname des Kontoinhabers:	
Name des Kreditinstituts:	
BIC:	
IBAN:	
Verwendungszweck:	

Ich verpflichte mich, das Sozialamt umgehend darüber zu unterrichten, wenn das Kind am Mittagsessen nicht mehr teilnimmt!

Datum und Unterschrift des Anbieters

*Bescheinigung bitte jeweils zum Beginn des jeweiligen Schulhalbjahres einreichen.