

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bestellung ab: _____

- die ganze Woche
- nur Montag bis Freitag
- nur am Wochenende
- _____
- befristet bis _____

Inanspruchnahme:

- offener sozialer Mittagstisch
 - jeden Tag
 - nur Montag bis Freitag
 - nur am Wochenende
 - _____

- Abholung
 - jeden Tag
 - nur Montag bis Freitag
 - nur am Wochenende
 - _____

Was:

- Mittagsmenü (Suppe und Hauptgericht) (5,90 €)
- nur Hauptgericht (4,40 €)
- mit Kuchen (Di, Do, So) (1,60 €)
- _____

Unverträglichkeiten: _____

Rückseite beachten!

Erklärung nach § 53 Abgabenordnung (AO)

Wir sind eine gemeinnützige Einrichtung. Der Zweck unserer Gesellschaft ist die Erbringung sozialer Dienstleistungen vorwiegend die Versorgung von älteren, kranken oder behinderten Menschen. Daher können wir unseren Menüservice nur hilfsbedürftigen Personen im Sinne der Abgabenordnung anbieten.

Bevor Sie unseren Menüservice nutzen können, benötigen wir von Ihnen die ausgefüllte und unterzeichnete Hilfsbedürftigkeitserklärung.

1. **Ich habe das 75. Lebensjahr vollendet**

Wenn Sie älter als 75 Jahre sind, brauchen Sie beim Ausfüllen der Erklärung zu Punkt 2. bis 6. keine Angaben zu machen.

2. **Ich bin Empfänger von Leistungen SGB XII, WoGG, §27a BVG**
(Leistungsbescheid ist vorzulegen)

3. **Ich bin Empfänger von Leistungen nach SGB XI**
(anerkannter Pflegegrad, Bescheid der Pflegekasse ist vorzulegen)

4. **Grad der Behinderung mindestens 50**
(Schwerbehindertenausweis ist vorzulegen, oder eine persönliche Hilfsbedürftigkeit gem. § 53 AO wird durch gesonderte ärztliche Bescheinigung nachgewiesen)

5. **Bei mir liegt eine wirtschaftliche Notlage vor, z.B. durch einen Katastrophenfall**

Nähere Angaben hierzu: _____

6. **Ich bin nicht bedürftig i.S.d. § 53 Abgabenordnung (AO)**
In diesem Fall können Sie unseren Menüservice nicht nutzen

_____, _____, _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

!!SEPA-Lastschriftmandat nicht vergessen!!

Kunde: _____

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats an die

Sozialzentrum Kirchheim gemeinnützige GmbH

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000146580

Mandatsreferenz: entnehmen Sie bitte der Abrechnung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Sozialzentrum Kirchheim gemeinnützige GmbH, wiederkehrende und einmalige Zahlungen im Rahmen des Menüservices von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sozialzentrum Kirchheim gemeinnützige GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Als Mindestfrist für die Vorankündigung (Pre-Notification) einer SEPA-Basislastschrift wird ein Bankarbeitstag vereinbart.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

(BIC)

DE _____
(IBAN)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers