

	Bitt	e mit schwar	zem Stift aus	sfüllen			
	I						
Einrichtung							
Kind							
Nachname			Vorname				
Geschlecht	□ männlich	□ weiblich	☐ divers	□ keine Aı	ngabe		
Adresse (Hauptwohr	nsitz)						
Straße					Hausnummer		
Ort					PLZ		
Land							
Geburtsdatum		SV-Nr.					
Staatsangehörigkeit		Rel. Bek.					
Erstsprache		Schule			Klasse		
Geschwister							
Angaben zur M	utter						
Nachname			Vorname			Titel	
Geschlecht	□ männlich	□ weiblich	□ divers	□ keine An	gabe		
Adresse (Hauptwohr	nsitz)						
Straße					Hausnummer		
Ort					PLZ		
Land							
Geburtsdatum			Familiensta	and			
Tel. (Mobil)			E-Mail				
Arbeitgeber							
Tel. Arbeitgeber*							
Angaben zum \	/ater						
Nachname			Vorname			Titel	
Geschlecht	□ männlich	weiblich	□ divers □	□ keine Angab	е		
Adresse (Hauptwohr	nsitz)						
Straße					Hausnummer		
Ort					PLZ		
Land							
Geburtsdatum			Familiensta	and			
Tel. (Mobil)			E-Mail				
Arbeitgeber*							
Tel. Arbeitgeber*							



Angaben zur er	ziehun	gsberech	tigten Per	SON (falls abwe	eichend von den El	Itern)
Nachname			Vornan	ne		Titel
Geschlecht	□ männlic	h □ weibl	ich □ dive	rs 🗆 keine A	ngabe	
Adresse (Hauptwohn	sitz)					
Straße					Hausnummer	
Ort					PLZ	
Land						
Geburtsdatum			Familie	nstand		
Tel. (Mobil)			E-Mail			
Arbeitgeber*						
Tel. Arbeitgeber*						
* telefonische Erreichbarkeit	t am Nachmi	ttag eventuell üb	er Arbeitgeber			
Besuchszeiten	des Kir	ndes:				
Datum gewünschter						
Betreuungsbeginn						
Besuchszeiten						
Mein Kind wird die Ei besuchen:	nrichtung	zu folgende	n Zeiten			
Montags von		bis				
Dienstags von		bis				
Mittwochs von		bis				
Donnerstags von		bis				
Freitags von		bis				
Mein Kind (Name des Kindes)						
	mittagaba	trouuna obac			,	
O wird von der Nachmittagsbetreuung abgeholt O darf alleine nach Hause gehen						
O ist für den Bustran	sport ang	emeldet				
Abholberechtigte Po	ersonen:					
Folgende Personen a		1		ntigten dürfen d		
Familienname Vornam	ne Titel	Geb.datum	Adresse		Tel	efonnummer



Telefonnummer

Kontaktperson: (wenn Eltern nicht erreichbar)

Familienname Vorname | Titel | Geb.datum | Adresse

Gesundheitsrelevante Informationen Hausarzt des Kindes Adresse des Hausarztes Impfungen FSME:									
Hausarzt des Kindes Adresse des Hausarztes Impfungen FSME:									
Hausarzt des Kindes Adresse des Hausarztes Impfungen FSME:									
Adresse des Hausarztes Impfungen FSME:	Gesundheitsrelevante	Inforn	nationen						
Impfungen FSME:	Hausarzt des Kindes					Tel.:			
Sonstige Impfungen Infektionskrankheiten (wie zB Masern, Röteln) Bestehende Allergien Nahrungsmittelunverträglichkeiten Med. Besonderheiten, Operationen Erkrankungen Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Adresse des Hausarztes	;							
Infektionskrankheiten (wie zB Masern, Röteln) Bestehende Allergien Nahrungsmittelunverträglichkeiten Med. Besonderheiten, Operationen Erkrankungen Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Impfungen		FSME:		(Datum)	Tetanu	ıs:		_(Datum)
Masern, Röteln) Bestehende Allergien Nahrungsmittelunverträglichkeiten Med. Besonderheiten, Operationen Erkrankungen Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Sonstige Impfungen								
Nahrungsmittelunverträglichkeiten Med. Besonderheiten, Operationen Erkrankungen Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	,	ie zB							
Med. Besonderheiten, Operationen Erkrankungen Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Bestehende Allergien								
Operationen Erkrankungen Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Nahrungsmittelunverträg	lichke	iten						
Aktuelle Befunde (z.B. Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	· ·								
Entwicklungsverzögerungen, etc.) Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Erkrankungen								
Leiter*in! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) Kaliumjodid-Tabletten O Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	,	gen, e	etc.)						
 Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein 		•		,	In diesem F	all spred	chen Sie	bitte mi	t der
Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen. O Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Kaliumjodid-Tabletten								
Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen O ja O nein	Gesundheitsbehörder Kind keine Unverträgl	n Kaliu ichkei	ımjodid-Table ten bzw. Geg	etten zu vera enanzeigen	breichen un gegen die E	d bestät Einnahm	tige, dass e von Ka	s mir für ıliumjod	r mein
· • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	O Nein, ich erteile diese	Bered	htigung nicht						
	_				•				

Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz erhalten.

Ort, Datum:	Unterschrift beider Elternteile bzw. Erziehungsberechtigten

Beilage: Zustimmungserklärung und Information nach DSGVO



Konditionen						
Elternbeitrag (€/Monat		Jausengeld (€/M	lonat)	(Anmerkung: wird von		
Essensbeitrag (€/Esse	1)	Bastelbeitrag (€/Monat) der Leiter*in a				
Einzugsermächtigung betreffend Kind						
Ich, , ermächtige hiermit die Hilfswerk OÖ GmbH, die oben angeführten Beträge monatlich von meinem Konto abzubuchen. Es gelten die "Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Österreichischen Kreditunternehmen" in ihrer letztgültigen Fassung. Die Kosten für etwaige Bankspesen für nicht eingelöste Bankeinzüge (bei Verschulden den Kunden) sind vom Kunden zu tragen.						
Kontoinhaber*in						
Name der Bank						
IBAN:						
Die Rechnungen werden automatisch versendet. Der Versand erfolgt vorrangig per Mail an die angegebene Adresse. Datum: Unterschrift:						
Von der Einrichtungsle	ung auszufülle	en:				
Einrichtung: Kostenstelle: Bearbeiter*in:			*in:			
FSZ:Datum:						
Rechnungsdaten (sofern abweichend von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten): Rechnungsempfänger*in:						
Zahlungsart:						



Zustimmungserklärung und Information nach DSGVO

Die OÖ Hilfswerk GmbH ist Verantwortliche im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Verarbeitung der bekannt gegebenen personenbezogenen Daten und eventuelle Weitergabe der Daten im Anmeldebogen an die Standort-bzw. Hauptwohnsitz-gemeinde erfolgt zum Zweck der Administration der Anmeldung für den Kindergarten bzw. Krabbelstubenbesuch gem. § 12 iVm § 25 a OÖ KBG und der Vertragserfüllung. Folgende Daten (vgl. Anmeldebogen) verarbeiten wir zu oben angegebenem Zweck:

Personenbezogene Daten des Kindes: Vor- und Zuname sowie Hauptwohnsitz, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Geburts-datum/Alter, Geschwisteranzahl und deren Geburtsjahr, besuchte Kinderbildungs- und -Betreuungseinrichtungen der Geschwister,

Sozialversicherungsnummer, festgestellter Sprachförderbedarf, Erstsprache, Beeinträchtigungen im Sinn des OÖ. Chancengleichheitsgesetzes, Religionsbekenntnis, Anwesenheitszeiten, Einnahme des Mittagessens, Umfang des Betreuungsbedarfs, Bustransport, Anamnese, Gesundheitsdaten (z.B. Impfstatuts, Vorerkrankungen, Allergien, Operationen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten), Hausarzt des Kindes, Berichtswesen, Ein- und Austrittsdatum.

Personenbezogene Daten der Eltern bzw. erziehungsberechtigten Personen: Vor- und Zuname sowie Hauptwohnsitz, Akad. Titel, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Staatsangehörigkeit, Beruf, Arbeitgeber, Anstellungsverhältnis, Familienstand, Einkommen im Falle einer soz. gestaffelten Elternbeitragsberechnung, Bankdaten.

Personenbezogenen Daten Kontaktperson (falls Eltern nicht erreichbar sind): Vor- und Zuname, Akad. Titel, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer. Personenbezogene Daten weiterer abholberechtigter Personen: Vor- und Zuname, Akad. Titel, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer. Sofern keine näheren Angaben zu den Rechtsgrundlagen unserer Verarbeitungen erfolgen, gilt Folgendes: Einwilligungen werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie den Art 7 f DSVGO eingeholt. Einwilligungen können jederzeit ohne Angabe von Gründen postalisch oder via Mail unter datenschutz@ooe.hilfswerk.at widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt. Die Daten werden nach dem Widerruf nicht mehr für den Zweck, für den die Einwilligung erteilt wurde verwendet. Datenverarbeitungen bei vorvertraglichen Maßnahmen sowie bei der Erfüllung von Verträgen (wie z.B. Fördervereinbarungen) erfolgen auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen sowie der Vollzug gesetzlicher Bestimmungen erfolgen auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO. Soweit eine Verarbeitung zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder solcher Dritter erfolgt, stützt sich diese auf Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass dies freiwillig geschieht und ich diese Zustimmung jederzeit postalisch oder via Mail unter datenschutz@ooe.hilfswerk.at widerrufen kann. Die angegebenen Daten werden zwecks Bearbeitung der Anfrage und für den Fall von Anschlussfragen 10 Jahre bei uns gespeichert. Diese Daten werden nicht ohne meine Einwilligung weitergegeben.

Unterschrift Kunde bzw. Erziehungsberechtigter und Datum:	

Neben den oben angeführten Zwecken, verwendet die OÖ Hilfswerk GmbH Ihre personenbezogenen Daten intern, um Ihnen auf Basis unserer berechtigten Interessen allgemeine Informationen (Spenderbrief, ggf. Tarifanpassungen) sowie spezifische Informationen über eigene Aktivitäten und Dienstleistungen (Hand-in-Hand Zeitschrift) zuzusenden. Dieser Verarbeitung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft unter datenschutz@ooe.hilfswerk.at widersprechen. Gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO besteht ein Widerspruchsrecht bei Direktwerbung.

Weitere Informationen darüber, wie wir ihre personenbezogenen Daten verarbeiten:

Sicherheit ihrer Daten: Ihre uns zur Verfügung gestellten persönlichen Daten werden durch Ergreifung aller technischen sowie organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen, da eine vollständige Datensicherheit per E-Mail nicht gewährleistet werden kann

Ihre Rechte: Nach den Art 15 ff DSGVO besteht für die betroffene Person grundsätzlich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie in bestimmten Fällen auf Datenübertragbarkeit. Die von der Datenverarbeitung betroffene Person hat das Recht gemäß Art. 21 DSGVO, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO erfolgt, postalisch oder via Mail unter datenschutz@ooe.hilfswerk.at Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling (Art. 21 Abs. 2 DSGVO).

Aufbewahrungsfrist: Ihre personenbezogenen Daten speichern wir solange, bis der Zweck der jeweiligen Datenverwendung erreicht ist oder solange, wie dies von Ihnen ausdrücklich gewünscht wird (sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen dagegenstehen). Für allfällige datenschutzrechtliche Beschwerden ist die Österreichische Datenschutzbehörde zuständig.

Weitere Informationen darüber, wie unsere Verarbeitungstätigkeiten finden Sie auf unserer Website unter www.ooe.hilfswerk.at.

Änderungen dieser Datenschutzbestimmungen: Wir werden diese Richtlinien zum Schutz Ihrer persönlichen Daten von Zeit zu Zeit aktualisieren. Sie sollten sich diese Richtlinien gelegentlich ansehen, um auf dem Laufenden darüber zu bleiben, wie wir Ihre Daten schützen und die Inhalte unserer Website stetig verbessern. Sollten wir wesentliche Änderungen bei der Sammlung, der Nutzung und/oder der Weitergabe der uns von Ihnen zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten vornehmen, werden wir Sie durch einen eindeutigen und gut sichtbaren Hinweis auf der Website darauf aufmerksam machen. Mit der Nutzung der Webseite erklären Sie sich mit den Bedingungen dieser Richtlinien zum Schutz persönlicher Daten einverstanden.

Geltungsbereich: Diese Datenschutzerklärung klärt Nutzer über die Art, den Umfang und Zwecke der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten durch den verantwortlichen Anbieter – OÖ Hilfswerk GmbH auf.

Ferroring and Carlot Ca
Unterschrift Kunde bzw. Erziehungsberechtigter und Datum:
Sie erreichen uns unter folgenden Kontaktdaten: OÖ Hilfswerk GmbH; Dametzstraße 6, 4020 Linz, Tel 0732 77 51 11, E-Mail: datenschutz@ooe.hilfswerk.at