

**Buchungszeitenvereinbarung 2025-2026 Kiga gültig ab**

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Wohngemeinde \_\_\_\_\_

	Std	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.15	0,25					
ab 7.30	0,5					
8.00 – 12:00	4,0	Päd. Kernzeit				
bis 12:30	0,5					
bis 13:30 Uhr	1					
bis 14.30 Uhr	1					(Bis 14.00)
bis 15.30 Uhr	1					-----
bis 16.00 Uhr	0,5					-----
<b>Summe</b>						

Die grau hinterlegte Buchungszeit bildet die Kategorie 20-25 Std/Woche und ist die **Mindestbuchungszeit inklusive Bring- und Abholzeit.**

Buchungszeit pro Woche	Durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag über 3	Kind unter 3 Jahren	Geschwisterbeitrag (älteres Kind)
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 165,00 €	<input type="checkbox"/> 190,00 €	<input type="checkbox"/> 115,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 175,00 €	<input type="checkbox"/> 200,00 €	<input type="checkbox"/> 125,00 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 185,00 €	<input type="checkbox"/> 210,00 €	<input type="checkbox"/> 135,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 195,00 €	<input type="checkbox"/> 220,00 €	<input type="checkbox"/> 145,00 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 205,00 €	<input type="checkbox"/> 230,00 €	<input type="checkbox"/> 155,00 €

Der **Beitragszuschuss von 100,-€ für Kinder ab 3 Jahren wird automatisch bei der Beitragsabbuchung abgezogen. Die Kosten von 5,00 € für Spiel- und Bastelmaterial sind im Betrag enthalten.**

Mein Kind:  hat einen integrativen Platz  ist unter 3 Jahre  besucht den Kindergarten  
 beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft  vorrangige häusliche Sprache ist nicht Deutsch

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ SEPA-Lastschriftmandat / Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
(= Kunden-Nr. - wird von Kinderhilfe vergeben)

Zahlungsempfänger:	Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber:
Kinderhilfe Oberland – gemeinnützige GmbH Von-Kahl-Str. 4 86971 Peiting-Herzogsägmühle  Gläubiger-ID: DE 43 ZZZ 00000043621	Vorname und Name Eltern/Sorgeberechtigte  Straße und Hausnummer  Postleitzahl und Ort

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kinderhilfe Oberland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Die Beträge sind im Vorhinein fällig – und zwar bis zum 4. des Monats. Fällt der 4. auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag verschiebt sich die Fälligkeit der Beträge auf den nächsten Werktag.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

**„Bei Änderung der Bankverbindung bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.“**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift aller Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_