

Adebis: \_\_\_\_\_  
 Debitor: \_\_\_\_\_

**Buchungszeitenvereinbarung **KRIPPE** 2025-26 gültig ab**

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

|               | Std | Montag        | Dienstag      | Mittwoch      | Donnerstag    | Freitag       |
|---------------|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ab 7.00       | 0,5 |               |               |               |               |               |
| ab 7.30       | 0,5 |               |               |               |               |               |
| ab 08:00 Uhr  | 0,5 | x             | x             | x             | x             | x             |
| 8.30 – 11:30  | 3,0 | Päd. Kernzeit |
| bis 12:00     | 0,5 | x             | x             | x             | x             | x             |
| bis 14:00 Uhr | 2   |               |               |               |               |               |
| bis 15:00 Uhr | 1   |               |               |               |               |               |
| bis 16:00 Uhr | 1   |               |               |               |               |               |
| <b>Summe</b>  | 9,0 |               |               |               |               |               |

Die grau hinterlegte Buchungszeit bildet die Kategorie 15,1-20 Std./Woche und ist die Mindestbuchungszeit inkl. Bring- und Abholzeit

| Buchungszeit pro Woche | Durchschnittliche tägl. Buchungszeit | 1. Kind (Jüngste Kind)            | 2. Kind (25% Ermäßigung vom geringeren Beitrag) | 3. Kind und folgende (50% Ermäßigung) |
|------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| >15,1 – 20,0 Std       | 3,1 – 4,0 Std                        | <input type="checkbox"/> 293,00 € | <input type="checkbox"/> 221,00 €               | <input type="checkbox"/> 149,00 €     |
| >20,1 – 25,0 Std       | 4,1 – 5,0 Std                        | <input type="checkbox"/> 322,00 € | <input type="checkbox"/> 242,75 €               | <input type="checkbox"/> 163,50 €     |
| >25,1 – 30,0 Std       | 5,1 – 6,0 Std                        | <input type="checkbox"/> 351,00 € | <input type="checkbox"/> 264,50 €               | <input type="checkbox"/> 178,00 €     |
| >30,1 – 35,0 Std       | 6,1 – 7,0 Std                        | <input type="checkbox"/> 380,00 € | <input type="checkbox"/> 286,25 €               | <input type="checkbox"/> 192,50 €     |
| >35,1 – 40,0 Std       | 7,1 – 8,0 Std                        | <input type="checkbox"/> 409,00 € | <input type="checkbox"/> 308,00 €               | <input type="checkbox"/> 207,00 €     |
| >40,1 – 45,0 Std       | 8,1 – 9,0 Std                        | <input type="checkbox"/> 438,00 € | <input type="checkbox"/> 329,75 €               | <input type="checkbox"/> 221,50 €     |

**Im Beitrag sind bereits 5,00 Euro Spielgeld enthalten. Es wird zusätzlich monatlich ein Brotzeitgeld in folgender Höhe eingezogen:**

- 1 Brotzeit/Abholung vor 15:00 Uhr = **20€**
 2 Brotzeiten/Abholung nach 15:00 Uhr = **25€**  
 Mein Kind hat einen integrativen Platz  
 Beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft
  vorrangig häuslich gesprochene Sprache ist **nicht** Deutsch

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

| Zahlungsempfänger:  | Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber:  |
|---|--|
| Kinderhilfe Oberland – gemeinnützige GmbH<br>Von-Kahl-Str. 4<br>86971 Peiting-Herzogsägmühle<br><br>Gläubiger-ID: DE 43 ZZZ 00000043621 | _____<br>Vorname und Name Eltern/Sorgeberechtigte<br><br>_____<br>Straße und Hausnummer<br><br>_____<br>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 oder Adresse bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.**

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

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