

Buchungszeitenvereinbarung **Krippe 2025-26** gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Kindes _____ geb. _____ Wohngemeinde _____

	Std.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.00 Uhr Frühdienst	1,0					
ab 08:00 Uhr	0,5	x	X	X	X	X
8.30 - 11.30 Uhr	3	päd. Kernzeit				
bis 12:00 Uhr	0,5	x	X	X	X	X
bis 13.00 Uhr	1,0					
bis 14.00 Uhr	1,0					
bis 15.00 Uhr	1,0					
bis 16.00 Uhr	1,0					
Summe	9,0					

Die grau hinterlegte Buchungszeit bildet die Kategorie 15,1 – 20,0 Std. und ist die Mindestbuchungszeit inkl. Bring- und Abholzeit.

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Kind in Krippe	Geschwisterkind in Krippe
15,1 - 20,0 Std.	3,1 – 4,0 Std.	<input type="checkbox"/> 275,00 €	<input type="checkbox"/> 221,00 €
20,1 - 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 290,00 €	<input type="checkbox"/> 233,00 €
25,1 - 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 305,00 €	<input type="checkbox"/> 245,00 €
30,1 - 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 315,00 €	<input type="checkbox"/> 253,00 €
35,1 - 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 325,00 €	<input type="checkbox"/> 261,00 €
40,1 - 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 335,00 €	<input type="checkbox"/> 269,00 €

Die Kosten für Spiel- und Bastelmaterial in Höhe von 5,00 € sind im monatlichen Beitrag inkludiert.

Zusätzlich wird je nach Buchungszeit Brotzeitgeld erhoben (bitte ankreuzen):

1 Brotzeit bei Abholung vor 14:00 Uhr = **15 €** 2 Brotzeiten bei Abholung nach 14 Uhr = **20 €**

Mein Kind: hat einen integrativen Platz

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/Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Bei Änderung der Bankverbindung bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.

Ort, Datum _____

Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten _____