

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

## Buchungszeitenvereinbarung 2025-2026 **Kiga** gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

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

	Std	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 07:00 Uhr	0,5					
ab 7.30 Uhr	0,5					
ab 8:00 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
8.30 – 12:00	3,5	Päd. Kernzeit				
bis 12:30 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
bis 13:30 Uhr	1					
bis 14.30 Uhr	1					
bis 15.30 Uhr	1					----
<b>Summe</b>						

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

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag	Kind unter 3 Jahren (1,5facher Beitrag)
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 157,00 €	<input type="checkbox"/> 233,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 171,00 €	<input type="checkbox"/> 254,00 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 185,00 €	<input type="checkbox"/> 275,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 199,00 €	<input type="checkbox"/> 296,00 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 213,00 €	<input type="checkbox"/> 317,00 €

Die 100,- Beitragsbezuschussung für Kinder ab 3 Jahren werden automatisch bei Abbuchung abgezogen; Im Beitrag sind bereits 5,00 € für Spielgeld inkludiert.

Mein Kind:  hat einen integrativen Platz  vorrangig gesprochene Sprache ist **nicht** deutsch  
 beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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: D E \_\_\_\_\_

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