

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

**Buchungszeitenvereinbarung Kiga 2025 – 26** gültig ab   
(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

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

	Std.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.00 Uhr	0,5					
ab 7.30 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
8:00 – 12:00 Uhr	4	Pädag. Kernzeit				
bis 12.30	0,5	x	x	x	x	x
bis 13.30 Uhr	1,0					
bis 14.30 Uhr	1,0					
bis 15.30 Uhr	1,0					
<b>Summe</b>	8,5					

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

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag (das jüngere Geschwister-kind)
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 181,00 €	<input type="checkbox"/> 93,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 196,00 €	<input type="checkbox"/> 100,50 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 211,00 €	<input type="checkbox"/> 108,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 226,00 €	<input type="checkbox"/> 115,50 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 242,00 €	<input type="checkbox"/> 123,50 €
<b>Inklusive 5,00 € Spiel-/Bastelgeld abzüglich 100 € Beitragszuschuss ab 3 Jahren</b>			

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

**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 \_\_\_\_\_