kinderhilfe
Oberland - gemeinnützige GmbH

Adebis:_____

Debitor: _____

Integratives Kinderhaus Peiting
Untereggstr. 4 • 86971 Peiting
Telefon: (08861) 25 30-0
kita.peiting@kinderhilfe-oberland.de
www.kinderhilfe-oberland.de

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	0,5					
ab 7.30 Uhr	0,5					
ab 8:00 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
8.30 - 11.00 Uhr	2,5	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit
bis 11:30 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
bis 12.30 Uhr	1,0					
bis 14.30 Uhr	2,0					
bis 15.30 Uhr	1,0					
Summe	8,5					

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

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag (Geschwisterkind Krippe)
15,1 – 20,0 Std.	3,1 – 4,0 Std.	☐ 166,00 €	☐ 85,50 €
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	☐ 206,00 €	☐ 105,50 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	☐ 246,00 €	☐ 125,50 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	☐ 286,00 €	☐ 145,50 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	☐ 326,00 €	☐ 165,50 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	☐ 366,00 €	☐ 185,50 €

Der Beitragszuschuss für Kinder ab 3 Jahren in Höhe von 100,- wird automatisch bei der Beitragsabbuchung abgezogen. Spiel- und Bastelgeld in Höhe von 5,00 € sind im Beitrag enthalten.

Mein Kind: ☐ hat einen integrativen Platz

☐ beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft ☐ vorrangig 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: 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