

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

## Buchungszeitvereinbarung – Kiga 2025/26 gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

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

	Std.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.30 Uhr	0,5					
Ab 8.00 Uhr	0,5					
8:30-9:00 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
9:00-12:00 Uhr	<b>3</b>	päd. Kernzeit				
bis 12:30 Uhr	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					
bis 16:30 Uhr	1,0					
<b>Summe</b>	9,0					

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

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag Geschwisterkind
15,1 – 20,0 Std.	3,1 – 4,0 Std.	<input type="checkbox"/> 220,00 €	<input type="checkbox"/> 198,50 €
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 230,00 €	<input type="checkbox"/> 207,50 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 240,00 €	<input type="checkbox"/> 216,50 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 250,00 €	<input type="checkbox"/> 225,50 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 260,00 €	<input type="checkbox"/> 234,50 €
Ab 40,1 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 270,00 €	<input type="checkbox"/> 243,50 €

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

Mein Kind:  hat einen integrativen Platz  
 beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft  Die vorrangige häusliche Sprache ist nicht deutsch

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

SEPA-Lastschriftmandat /  
Name des Kindes \_\_\_\_\_ 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 Nachhinein fällig – und zwar am 4. des auf den Betreuungsmonat folgenden 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 \_\_\_\_\_