

Buchungszeitenvereinbarung 2025-2026 **Kiga** gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Kindes _____ geb. _____ Wohngemeinde _____

	Std	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7:00	0,5					
ab 7:30	0,5					
8.00 – 12:00	4,0	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit
bis 12:30	0,5					
bis 13:30 Uhr	1					
bis 14.30 Uhr	1					(Bis 14.00)
bis 15.30 Uhr	1					-----
Summe						

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

Buchungszeit pro Woche	Durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag über 3	Kind unter 3 Jahren	Geschwisterbeitrag (älteres Kind)
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	☐ 165,00 €	☐ 190,00 €	☐ 115,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	☐ 175,00 €	☐ 200,00 €	☐ 125,00 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	☐ 185,00 €	☐ 210,00 €	☐ 135,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	☐ 195,00 €	☐ 220,00 €	☐ 145,00 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	☐ 205,00 €	☐ 230,00 €	☐ 155,00 €

Der **Beitragszuschuss von 100,-€ für Kinder ab 3 Jahren** wird **automatisch bei der Beitragsabbuchung abgezogen**. Die Kosten von 5,00 € für Spiel- und Bastelmaterial sind im Betrag enthalten.

Mein Kind: ☐ hat einen integrativen Platz ☐ ist unter 3 Jahre ☐ besucht den Kindergarten
☐ 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: 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 _____