

Buchungszeitenvereinbarung 2023-2024 Kiga gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Kindes _____ geb. _____ Wohngemeinde _____

	Std	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ab 7.15	0,25					
Ab 7.30	0,5					
8.00 – 12:30	4,5	Mindestbuchung	Mindestbuchung	Mindestbuchung	Mindestbuchung	Mindestbuchung
Bis 13:30 Uhr	1					
Bis 14.30 Uhr	1					(Bis 14.00)
Bis 15.30 Uhr	1					-----
Bis 16.00 Uhr	0,5					-----
Summe						

Buchungszeit pro Woche	Durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag über 3	Kind unter 3 Jahren	Geschwisterbeitrag über 3	Geschwisterbeitrag unter 3
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 115,50 €	<input type="checkbox"/> 170,50 €	<input type="checkbox"/> 93,50 €	<input type="checkbox"/> 137,50 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 125,50 €	<input type="checkbox"/> 185,50 €	<input type="checkbox"/> 101,50 €	<input type="checkbox"/> 149,50 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 135,50 €	<input type="checkbox"/> 200,50 €	<input type="checkbox"/> 109,50 €	<input type="checkbox"/> 161,50 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 145,50 €	<input type="checkbox"/> 216,50 €	<input type="checkbox"/> 117,50 €	<input type="checkbox"/> 174,50 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 155,50 €	<input type="checkbox"/> 231,50 €	<input type="checkbox"/> 125,50 €	<input type="checkbox"/> 186,50 €
Buskosten für Kinder aus Schwabniederhofen: <input type="checkbox"/> 24,00€					

Der **Beitragszuschuss von 100,-€** für Kinder ab 3 Jahren wird automatisch bei der Beitragsabbuchung abgezogen.

Die **Kosten von 3,50 €** 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: 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 _____