

**Anlage zum Antrag auf Übernahme der Kosten zur Durchführung der Integration
 von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1. Lebensjahr bis zum Schuleintritt in
 Tageseinrichtungen für Kinder
 – Von dem Träger der Maßnahme auszufüllen –**

Durchführung der Integration von Kindern mit Behinderung für das Kindergartenjahr

_____/____

Neuantrag

Folgeantrag

Bedarf im Rahmen der Maßnahmenpauschale

Verringerung/ Erhöhung der Stunden

Beantragte Stundenzahl _____

I. Angaben des Trägers

Name des Trägers		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Ansprechperson		
E-Mail Adresse		
Telefon / Fax	Telefon	Fax

II. Bankverbindung

Empfänger	Kontoinhaber	Kreditinstitut
Bankverbindung	IBAN	BIC

III. Angaben zur Kindertagesstätte in der die Maßnahme durchgeführt wird

Name		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Ansprechperson		
E-Mail Adresse		
Telefon / Fax	Telefon	Fax
Anzahl der I Maßnahmen	In der Gruppe	In der Tagesstätte

IV. Angaben zum Kind mit Behinderung (für jedes Kind ein separaten Anlage zum Antrag)

Name, Vorname			
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)			
Gepl. Beginn der Integration			
Vorauss. Dauer (Einschulung)			
Betreuungszeit	vormittags	nachmittags	ganztags
Modul			

V. Fachkräfte

Fachkraft die für die Integration eingesetzt wird	
Ausbildung /Fachkraftprofession gem. 5.2 der Rahmenvereinbarung	

VI. Qualitätsentwicklung

Nachweise über den Besuch von geeigneten sozialpädagogischen und behindertenpädagogischen Fortbildungsveranstaltungen, praxisbegleitenden Beratungsangeboten oder Fachberatung gem. Nr. 4.4 Rahmenvereinbarung sind am Ende des Kindergartenjahres vorzulegen.

VII. Zahlung des Entgelts

Das Entgelt wird in voller Höhe gezahlt, wenn das Kind abzüglich krankheitsbedingter Fehltag nachweislich an mindestens 75 % der festgelegten Betreuungstage anwesend war. Die Einrichtung führt eine Belegungsstatistik über die An-, Abwesenheits- und Krankheitstage gem. Anlage 2 der Rahmenvereinbarung.

VIII. Änderungen

Wir verpflichten uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere **Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Teilhabeassistenz etc.**) **unverzüglich** und **unaufgefordert schriftlich** dem Fachbereich Familie, Jugend und Soziales, FD 50.7 Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf, mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift des Trägers