

Hinweis:

Für jede Integrationsgruppe (Kindergartengruppe) gesondert ausfüllen.

(Name und Anschrift der Kindertagesstätte/
des Kindergartens – ggf. Stempel)

(Ort – Datum)

An den
Kreisausschuß des Landkreises
Limburg-Weilburg
-Sozialamt-
Schiede 43
65549 Limburg

Antrag auf Gewährung einer Maßnahmepauschale für die Integration behinderter Kinder

für das Kindergartenjahr _____

Es handelt sich um einen

Neuantrag

Folgeantrag

(Stempel bzw. Siegel des Trägers und
rechtsverbindliche Unterschrift)

Beginn* des Kindergartenjahres: 01.08._____
(Jahreszahl)

Ende* des Kindergartenjahres: 31.07._____
(Jahreszahl)

Tatsächlicher bzw. voraussichtlicher
Beginn der Integrationsmaßnahme/n im Kindergartenjahr: _____

*Das Kindergartenjahr beginnt abrechnungstechnisch immer zum 01.08. und endet immer zum 31.07. des Folgejahres, unabhängig vom tatsächlichen Termin der Sommerferien.

Bitte bei Erstanträgen auch die derzeit gültige Betriebserlaubnis gemäß § 45 SGB VIII (KJHG) in Fotokopie mit beifügen.

1. Antragsteller

Träger der Einrichtung _____

Anschrift _____

(bei katholischen Trägern mit Benennung des Kirchenpatrons) _____

Telefon-Nr., ggf. Telefax-Nr. _____

Genaue Namensbezeichnung _____

und Anschrift der Kinder- _____

tagesstätte/des Kinder- _____

gartens _____

Telefon-Nr., ggf. Telefax-Nr. _____

Bankverbindung*: _____

*entfällt bei kirchlichen Trägern, da
Auszahlung an Rentamt erfolgt

2. Allgemeine Angaben zur Kindertagesstätte/zum Kindergarten

2.1 Genehmigte Platzzahl: _____ Anzahl der Kindergartengruppen: _____
nach der derzeit gültigen Betriebserlaubnis

2.2 Derzeitige Gruppenstärke u. Gruppenleiter/in (Name, Qualifikation und Wochenarbeitszeit)

1. Gruppe: _____ Gruppenleiterin: _____
(derzeitige Gruppenstärke)

2. Gruppe: _____ Gruppenleiterin: _____
(derzeitige Gruppenstärke)

3. Gruppe: _____ Gruppenleiterin: _____
(derzeitige Gruppenstärke)

4. Gruppe: _____ Gruppenleiterin: _____
(derzeitige Gruppenstärke)

Name und Qualifikation der Leiterin der Kindertagesstätte/des Kindergartens:

_____ Freigestellt () Ja () Nein
Anteilig freigestellt mit _____ Std./Woche

In welcher Gruppe soll die Integrationsmaßnahme für die
nachfolgend aufgeführten Kinder durchgeführt werden ? _____
(lfd. Nr.) (Bezeichnung der Gruppe)

2.3 Öffnungszeiten: _____

Angebot Mittagessen: () ja () nein

2.4 Raumprogramm

gemäß Ziffer 3.3. der „Rahmenvereinbarung Integrationsplatz“

Ist ein gesonderter Raum zur Durchführung von Therapiemaßnahmen vorhanden ? Ist darüber hinaus ein weiterer Mehrzweckraum vorhanden ? (Bitte kurze Angaben zur Lage und Größe in qm machen)

3. Angaben zu dem/den behinderten Kind/ern

3.1 Vor- und Nachname des ersten

behinderten Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Nationalität:

Geplanter Aufnahmeterrnin bzw. tatsächlicher Aufnahmeterrnin:

Voraussichtliche Dauer des Kindergartenbesuches: _____

Tägliche Betreuungszeit in der Regel: _____

Wird Mittagessen in Kindertagesstätte eingenommen ? () ja () nein

3.2 Vor- und Nachname des zweiten

behinderten Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Nationalität:

Geplanter Aufnahmeterrnin bzw. tatsächlicher Aufnahmeterrnin:

Voraussichtliche Dauer des Kindergartenbesuches: _____

Tägliche Betreuungszeit in der Regel: _____

Wird Mittagessen in Kindertagesstätte eingenommen ? () ja () nein

3.3 Vor- und Nachname des dritten behinderten Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Geplanter Aufnahmetermin bzw. tatsächlicher Aufnahmetermin: _____

Voraussichtliche Dauer des Kindergartenbesuches: _____

Tägliche Betreuungszeit in der Regel: _____

Wird Mittagessen in Kindertagesstätte eingenommen ? () ja () nein

*Bei mehr als drei behinderten Kindern pro Gruppe Fortsetzung des Antrages auf gesondertem Beiblatt.

4. Spezielle Angaben für die Gruppe, in die das behinderte Kind/die behinderten Kinder integriert werden soll/en

4.1 Derzeitige Gruppenstärke: _____

4.2 Geplante Gruppenstärke bei Aufnahme des/der behinderten Kind/es (einschl. des behinderten Kindes/der behinderten Kinder): _____

4.3 Derzeitiger Personalbestand der Gruppe (Name, Qualifikation u. wöchentl. Arbeitszeit, evtl. Befristung)

Gruppenleiterin: _____

Weitere Fach-/Hilfskräfte: _____

(Ggf. Fortsetzung auf gesondertem Beiblatt zum Antrag)

4.4 **Vorgesehene Zusatzfachkraft*** - falls bereits bekannt -

Name, Vorname: _____

genaue Berufsbezeichnung: _____

vorgesehene wöchentliche Arbeitszeit: _____

Vorgesehener Anstellungstermin: _____

Evtl. Befristung des Arbeitsverhältnisses: _____
von - bis

*Es muss sich in der Regel mindestens um eine staatlich anerkannte Erzieherin bzw. Erzieher handeln.
Keine Zusatzfachkraft ist z.B. Erzieher/in im Anerkennungsjahr (Berufspraktikant/in) oder Sozialassistent/in.