

Kreisausschuss des Vogelsbergkreises

Jugendamt / Eingliederungshilfe

Hersfelder Str. 57

36304 Alsfeld

**Antrag**

**auf Gewährung von Maßnahmenpauschalen für Integrationsplätze**

im Rahmen der „Angebote für Kinder mit Behinderung vom vollendeten

1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder“

**Kindergartenjahr**

## Anzahl Neuanträge und / oder Anzahl Folgeanträge

**Angaben zum Träger:**

Träger der Einrichtung:

Straße u. Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN: DE BIC:

Sachbearbeiter/in:

Telefonnummer: Email:

E-Mail:

**Angaben zur Einrichtung:**

Name der Kita:

Name der Leitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße u. Hausnummer:

PLZ, Ort:

Ortsteil / Stadtteil:

Telefonnummer: Email:

Gesamtöffnungszeit der KiTa: täglich von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr bis Uhr

sonstige Regelung von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr bis Uhr

**Betriebserlaubnis** des Landesjugendamtes Hessen gemäß § 45 SGB VIII vom:

1. **Angaben zu den Gruppen:**

**Gruppe 1 (ggf. Name der Gruppe):**

Zweckbestimmung:  Krippe  altersübergreifende Gruppe  Regelgruppe

max. erlaubte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Durchführung einer Integration:

Anzahl der Kinder mit (drohender) Behinderung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reduzierte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gruppe 2 (ggf. Name der Gruppe):**

Zweckbestimmung:  Krippe  altersübergreifende Gruppe  Regelgruppe

max. erlaubte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Durchführung einer Integration:

Anzahl der Kinder mit (drohender) Behinderung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reduzierte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gruppe 3 (ggf. Name der Gruppe):**

Zweckbestimmung:  Krippe  altersübergreifende Gruppe  Regelgruppe

max. erlaubte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Durchführung einer Integration:

Anzahl der Kinder mit (drohender) Behinderung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reduzierte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gruppe 4 (ggf. Name der Gruppe):**

Zweckbestimmung:  Krippe  altersübergreifende Gruppe  Regelgruppe

max. erlaubte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Durchführung einer Integration:

Anzahl der Kinder mit (drohender) Behinderung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reduzierte Gruppengröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ggf. gesondertes Blatt beifügen)

1. **Angaben zu dem/den Kind/ern mit (drohender) Behinderung**

(*auch Kostenträger aus anderen Landkreisen*!)

|  |  |
| --- | --- |
| Name des **1**. behinderten Kindes: |  |
| Geburtsdatum |  |
| geplanter Aufnahmetermin: |  |
| Aufnahme in Gruppe  (bitte analoge Bezeichnung s. o.) |  |
| tägliche tatsächliche Betreuungszeit:  (nicht das gewählte Modul) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des **2**. behinderten Kindes: |  |
| Geburtsdatum |  |
| geplanter Aufnahmetermin: |  |
| Aufnahme in Gruppe  (bitte analoge Bezeichnung s. o.) |  |
| tägliche tatsächliche Betreuungszeit:  (nicht das gewählte Modul) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des **3**. behinderten Kindes: |  |
| Geburtsdatum |  |
| geplanter Aufnahmetermin: |  |
| Aufnahme in Gruppe  (bitte analoge Bezeichnung s. o.) |  |
| tägliche tatsächliche Betreuungszeit:  (nicht das gewählte Modul) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des **4**. behinderten Kindes: |  |
| Geburtsdatum |  |
| geplanter Aufnahmetermin: |  |
| Aufnahme in Gruppe  (bitte analoge Bezeichnung s. o.) |  |
| tägliche tatsächliche Betreuungszeit:  (nicht das gewählte Modul) |  |

(ggf. gesondertes Blatt beifügen)

**III. Bemerkungen:**

**IV. ERKLÄRUNG DES TRÄGERS**

Wir versichern, dass zur Gewährung einer Maßnahmenpauschale für einen Integrationsplatz die Hinweise bzw. Regelungen zur praktischen Umsetzung gemäß der Rahmenvereinbarung „Integrationsplatz“ vom 01.08.2014 beachtet und die Voraussetzungen erfüllt werden. **Das aktuelle Personal und die Gruppenbelegung sind spätestens zum Beginn der Maßnahme unaufgefordert diesem Antrag nachzureichen.**

Ort, Datum Unterschrift des Einrichtungsträgers

Von der Fachstelle Kindertageseinrichtungen auszufüllen:

Obige Angaben entsprechen der Rahmenkapazität und Zweckbestimmung der aktuellen Betriebserlaubnis.

Die Angaben der Personal- und Gruppenberechnung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eingereicht am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, erfüllen die Voraussetzungen auf Gewährung der Maßnahmenpauschale.

⎕ erfüllen nicht die Voraussetzung auf Gewährung der Maßnahmenpauschale (siehe Begründung).

Begründung: ………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum Unterschrift