

**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**

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

**II. Bankverbindung**

<b>Empfänger</b>	Kontoinhaber	Kreditinstitut
<b>Bankverbindung</b>	IBAN	BIC

**III. Angaben zur Kindertagesstätte in der die Maßnahme durchgeführt wird**

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

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

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

**V. Fachkräfte**

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

**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