

## Trägerauskunft

Übernahme einer Maßnahmenpauschale für die Integration von Kindern mit Behinderung in Tageseinrichtungen nach §§ 99 i.V.m. 113 SGB IX, i.V.m. „Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder“

### I. Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter <input type="checkbox"/> divers	
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:		Telefon:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Familienstand:	
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Verwandten <input type="checkbox"/> Pflegefamilie		<input type="checkbox"/> Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Staatsangehörigkeit/Personenkreis: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> jüdische/r Emigrant/in			
Aufenthaltsstatus:		Aufenthaltsgenehmigung vom: befristet bis:	

### II. Angaben zur Tageseinrichtung lt. Betriebserlaubnis gem. § 45/Abgleich mit § 47 SGB VIII

Name:	Anschrift:
Telefon:	Anzahl der Gruppen:

Sind Sie die nächstgelegene Kindertagesstätte/Krippe?	
<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>	
<input type="checkbox"/> Maßnahmenbeginn: _____ <input type="checkbox"/> Verlängerung ab: _____ Voraussichtliche Dauer des Kindergartenbesuches:	
Tägliche Betreuungszeit des Kindes <b>(bei Krippe: Bitte Kopie des Betreuungsvertrages beifügen):</b>	
Folgende Kinder mit Behinderung werden bereits betreut: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
Derzeitiger Personalbestand der Gruppe (Name, Qualifikation, Wochenarbeitszeit und evtl. Befristung des Arbeitsverhältnisses angeben)	1. _____
	2. _____
	3. _____
Vorgesehene zusätzliche Betreuungskraft (siehe Ziffer 5 der Rahmenvereinbarung) Name, Qualifikation und Wochenarbeitszeit angeben (so- weit bekannt)	1. _____
	2. _____
	3. _____
Vorgesehener Anstellungstermin  evtl. Befristung des Arbeitsverhältnisses von – bis _____	zu 1. _____
	zu 2. _____
	zu 3. _____
Kopie des Arbeitsvertrages	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

**III. Bankverbindung und Aktenzeichen des Zahlungsempfängers**

Geldinstitut:	BIC:	IBAN:	Aktenzeichen:

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel des Trägers