

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

It. Betriebserlaubnis gem. § 45/Abgleich mit § 47 SGB VIII

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	
Anzahl der Gruppen:	

Sind Sie die nächstgelegene Kindertagesstätte/Krippe?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Maßnahmenbeginn: _____ <input type="checkbox"/> Verlängerung ab: _____ Voraussichtliche Dauer des Kindergartenbesuches: _____	
Tägliche Betreuungszeit des Kindes (bei Krippe: Bitte Kopie des Betreuungsvertrages beifügen): _____ _____	
Folgende Kinder mit Behinderung werden bereits betreut: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
Derzeitiger Personalbestand der Gruppe (Name, Qualifikation, Wochenarbeitszeit und evtl. Befristung des Arbeitsverhältnisses angeben) <u>oder siehe Anlage 3</u> (Bitte Nichtzutreffendes streichen!)	1.
	2.
	3.
Vorgesehene zusätzliche Betreuungskraft (siehe Ziffer 5 der Rahmenvereinbarung) Name, Qualifikation und Wochenarbeitszeit angeben (soweit 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

Folgende Anlagen sind beigefügt:

Gruppentyp Ja Nein wird am _____ nachgereicht

Gruppengröße Ja Nein wird am _____ nachgereicht

Personal Ja Nein wird am _____ nachgereicht