Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Landschaftsverband Westf.-Lippe
Dezernat Jugend und Schule
Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche
Postfach
48133 Münster

Leistungsempfänger (Träger)

Auskunft erteilt .....

Telefon .....

Fax .....

E-Mail .....

Träger-Nummer (sofern bekannt): _____

Standardisierte Leistungsdokumentation
ab 01.08.2025

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

über die Leistungspauschale Basisleistung I sowie individuelle heilpädagogische Leistungen nach dem Landesrahmenvertrag nach §131 SGB IX über die Eingliederungshilfe (EGH; Stand 23.07.2019) in inklusiven Kindertageseinrichtungen

Name der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

Einrichtungsnummer/Geschäftspartnernummer .....

50 - 90.....

Ansprechpartner*in bei Rückfragen
zur standardisierten Leistungsdokumentation (sofern abweichend von Trägerangaben)

.....
(Name) *(Telefonnummer/E-Mail)*

Kindergartenjahr: 20__/20__

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

1. Aufstellung der leistungsberechtigten Kinder
(Tabelle durch Kopie dieser Seite gegebenenfalls erweitern)

lfd. Nr.	**Datum des Bewilligungs-bescheides**	**GP/ZAD-Nummer** (leistungsberechtigtes Kind)	**Name, Vorname** (leistungsberechtigtes Kind)	**Bewilligungs-zeitraum** (lt. Bewilligungsbescheid von MM/JJ bis MM/JJ)		**Tatsächlicher Betreuungszeitraum** (von MM/JJ bis M/JJ)	

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

2. Verwendung der Leistungspauschale Basisleistung I

(Bitte nur zu dem gewählten Modell Angaben machen)

2.1 Modell Zusatzkraft

Beschäftigung einer zusätzlichen Fachkraft nach Anlage A Ziffer A.2.1 Ziffer 8 des Landesrahmenvertrages Eingliederungshilfe in Verbindung mit § 1 der Vereinbarung zu den Grundsätzen über die Qualifikation und den Personalschlüssel nach § 26 Abs. 3 Nr. 3 KiBiz

☐ **Die erhöhten, über die Regelpauschale hinausgehenden, KiBiz-Pauschalen wurden vollumfänglich über den Zeitraum des Leistungsnachweises für den Aufbau von pädagogischen Kräften eingesetzt. Eine rechnerische Unschärfe bis zu einer Toleranz von maximal 15 % (inkludiert sind hier bis zu 3 % Verwaltungskostenanteil) ist unerheblich. Das Merkmal der Vollumfänglichkeit wird dadurch nicht beeinträchtigt.**

Nachweis über die EGH-Stunden (jede Veränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden)					
lfd. Nr.	**Name** (Mitarbeiter*in)	**Vorname** (Mitarbeiter*in)	**Qualifikation** (Mitarbeiter*in)	**Beschäftigungs-zeitraum** (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ)	**Geleistete Wochen-stunden EGH**

Sofern nur anteilig die erforderlichen Stunden der pädagogischen Kräfte im Rahmen der EGH aufgebaut wurden:

☐ Es wurde sich erfolglos um zusätzliche pädagogische Kräfte / Stunden pädagogischer Kräfte bemüht. (Das Bemühen ist durch entsprechende Nachweise wie Stellenausschreibungen in einer Anlage zu belegen.)

☐ Es wurden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, durch die eine weitestgehend ausreichende Förderung und Betreuung der Kinder /des Kindes sichergestellt werden konnte

☐ **Es wurden keinerlei Stunden im Rahmen der EGH aufgebaut**

2.2 Modell Gruppenstärkenabsenkung

Gruppenstärkenabsenkung nach Anlage A Ziffer A.2.1 Ziffer 8 des Landesrahmenvertrages Eingliederungshilfe in der Einrichtung, in der/denen Kinder mit (drohender) Behinderung betreut werden

☐ **Die erhöhten, über die Regelpauschale hinausgehenden, KiBiz-Pauschalen wurden vollumfänglich über den Zeitraum des Leistungsnachweises für den Aufbau von pädagogischen Kräften eingesetzt. Es besteht die Möglichkeit, von diesem Betrag bis zu 15% (inkludiert sind hier bis zu 3% Verwaltungskostenanteil) anzurechnen. Das Merkmal der Vollumfänglichkeit wird dadurch nicht beeinträchtigt.**

a) Gruppenstärkenabsenkung:

Anzahl Kinder mit (drohender) Behinderung	**Reduzierte Plätze in der Einrichtung**	**Anzahl der Kinder mit (drohender) Behinderung für die aufgrund der Bestimmungen keine Platzreduzierung notwendig war**

b) Zusätzlichen Stunden pädagogischer Kräfte:

Nachweis über die EGH-Stunden (jede Veränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden)					
lfd. Nr.	**Name** (Mitarbeiter*in)	**Vorname** (Mitarbeiter*in)	**Qualifikation** (Mitarbeiter*in)	**Beschäftigungs-zeitraum** (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ)	**Geleistete Wochen-stunden EGH**

Sofern nur anteilig die erforderlichen Stunden der pädagogischen Kräfte im Rahmen der EGH aufgebaut wurden:

☐ Es wurde sich erfolglos um zusätzliche pädagogische Kräfte / Stunden pädagogischer Kräfte bemüht. (Das Bemühen ist durch entsprechende Nachweise wie Stellenausschreibungen in einer Anlage zu belegen.)

☐ Es wurden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, durch die eine weitestgehend ausreichende Förderung und Betreuung der Kinder /des Kindes sichergestellt werden konnte.

☐ **Es wurden keinerlei** Stunden pädagogischer Kräfte **<u>im Rahmen der EGH</u> aufgebaut**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

3. Aufstellung der Kinder, die zusätzliche individuelle heilpädagogische Leistungen erhalten haben:

lfd. Nr.	Bewilligte Zusatzleistung			Aktenzeichen Kind	Name, Vorname (leistungsberechtigtes Kind)	Bewilligungs-zeitraum (lt. Bewilligungsbescheid von MM/JJ bis MM/JJ)		Tatsächlicher Betreuungs-zeitraum (von MM/JJ bis MM/JJ)	
	Fachkraft in der Gruppe*	Fachkraft Face to face	Nicht-Fachkraft Face to face						
1	☐	☐	☐						
2	☐	☐	☐						
3	☐	☐	☐						
4	☐	☐	☐						
5	☐	☐	☐						
6	☐	☐	☐						
7	☐	☐	☐						

* ☐ **Die im Einzelfall zu erbringenden Fachkraftstunden „in der Gruppe" (nur Anteil der Eingliederungshilfe) aus der Basisleistung I wurden vollumfänglich über den Bewilligungszeitraum der individuellen heilpädagogischen Leistungen erbracht.**

3a. Die bewilligten zusätzlichen Fachkraftstunden wurden wie folgt geleistet:

Name, Vorname	Berufsausbildung	Beschäftigungszeitraum von bis	Wochenstunden
a)			
b)			

3b) Die bewilligten zusätzlichen Stunden (für eine Nicht-Fachkraft) wurden wie folgt geleistet:

Name, Vorname	Beschäftigungszeitraum von bis	Wochenstunden
a)		
b)		

4. Folgende indirekte Leistungen wurden (teilweise) erbracht:

(bitte Zutreffendes ankreuzen)	**Ja**	**Nein**
- Fortbildung, Qualifizierung und Supervision	☐	☐
- Fachberatung	☐	☐
- (trägereigenes) Fallmanagement	☐	☐
- Trägeranteil	☐	☐
- indirekte Leistungen sind in die Kosten für Personal eingeflossen	☐	☐

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

- eventuelle Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheides beachtet wurden,
- die Gruppenstärke nach Mindeststundenzahl nach § 28 i.V.m. der Anlage zu § 33 Abs. 1 KiBiz, in den Gruppen, in denen Kinder mit Behinderung betreut wurden, nicht überschritten wurden,
- die Basisleistung I zweckentsprechend im Sinne des Landesrahmenvertrages Eingliederungshilfe verausgabt wurde, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und eine Übereinstimmung der Einnahmen und Ausgaben mit den Büchern und Belegen vorliegt.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben werden hiermit bestätigt.

.....	.....
Ort, Datum	**Name, Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift**

Soweit die Unterschrift nicht vom Zuwendungsempfänger selbst geleistet wird, wird erklärt, dass die erforderliche Vollmacht vorliegt.