



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

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

**Standardisierte Leistungsdokumentation  
über zusätzliche individuelle heilpädagogische Leistungen nach dem  
Landesrahmenvertrag nach §131 SGB IX über die Eingliederungshilfe (EGH;  
Stand 23.07.2019) in inklusiven Kindertageseinrichtungen**

**Kindergartenjahr: 20\_\_/20\_\_**

**Leistungsempfänger (Träger)**

..... Auskunft erteilt .....

..... Telefon .....

..... Fax .....

..... E-Mail .....

**Name der Einrichtung:** .....

**Anschrift:** .....

**Einrichtungsnummer** 50 - 90.....

**Ansprechpartner\*in bei Rückfragen**

.....  
(Name)

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

**1) Aufstellung der Kinder, die zusätzliche individuelle heilpädagogische Leistungen erhalten haben:**

Ifd. Nr.	Bevolligte Zusatzleistung			Aktenzeichen Kind	Name, Vorname (leistungsberechtigtes Kind)	Bevolligungszeitraum (lt. Bewilligungsbescheid von MM/JJ bis MM/JJ)		Tatsächlicher Betreuungszeitraum (von MM/JJ bis MM/JJ)	
	Fachkraft in der Gruppe*	Fachkraft Face to face	Nicht-Fachkraft Face to face						
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

\*  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.

**2a) Die bewilligten zusätzlichen Fachkraftstunden wurden wie folgt geleistet:**



<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufsausbildung</b>	<b>Beschäftigungszeitraum von bis</b>	<b>Wochenstunden</b>
a)			
b)			

**2b) Die bewilligten zusätzlichen Stunden (für eine Nicht-Fachkraft) wurden wie folgt geleistet:**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Beschäftigungszeitraum von bis</b>	<b>Wochenstunden</b>
a)		
b)		

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.