

Leistungsempfänger

..... Auskunft erteilt

..... Telefon

..... Fax

..... E-Mail

Landschaftsverband
Westfalen-Lippe
Dezernat Jugend und Schule
Referat 50

über
das zuständige Jugendamt
der Stadt/des Kreises
gesehen und weitergeleitet

48133 Münster

Im Auftrag

Einrichtungsaktenzeichen:

50- 0304 ____ / ____

Leistungsnachweis

über die Leistungspauschale Basisleistung I und ggfls. ergänzender Mittel zum behinderungsbedingten Mehraufwand nach der Verfahrensvereinbarung vom 16.03.2020 in Verbindung mit dem Landesrahmenvertrag Eingliederungshilfe (Stand 23.07.2019) in inklusiven Kindertageseinrichtungen

Name der Einrichtung

Anschrift

Kindergartenjahr 20...../20.....

1. Aufstellung der geförderten und anerkannten Kinder (Tabelle gegebenenfalls erweitern)

lfd. Nr.	Datum des Bewilligungsbescheides	Name und Vorname des geförderten Kindes	Bewilligungszeitraum lt. Bewilligungsbescheid von bis	Tatsächlicher Betreuungszeitraum von bis	Betreuung in Gruppenform nach KiBiz
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

2. Verwendung der LWL-Leistungspauschale Basisleistung I

2.1 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

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

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

a) Freie Platzzahl:

Anzahl Kinder mit Behinderung	Betreuung in Gruppenform nach der Anlage zu § 19 KiBiz	Freie Platzzahl in dieser Gruppe

b) Beschäftigung einer zusätzlichen Fachkraft:

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

c) Beschäftigung einer Heilpädagogin / eines Heilpädagogen:

Name, Vorname.....

- Es wird bestätigt, dass während der Betreuung des/der betreuten Kindes/Kinder mit (drohender) Behinderung in Gruppenformen mit abgesenkter Gruppenstärke jeweils eine heilpädagogische Fachkraft mit der entsprechenden Mindeststundenzahl nach § 28 i.V.m. der Anlage zu § 33 Abs. 1 KiBiz beschäftigt wurde.

3. Ausgaben für behinderungsbedingte Mehraufwendungen

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Fortbildung und Supervision
- Fachberatung
- Fallmanagement

Ja

Nein

4. weitere individuelle heilpädagogische Leistungen

Weitere individuelle heilpädagogische Leistungen wurden bewilligt für die unter Ziffer 2 aufgeführten Kinder mit der lfd. Nummer:

Die bewilligten weiteren zusätzlichen Fachkraftstunden wurden wie folgt geleistet:

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

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

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

**5. Fahrtkosten nach nach Anlage A Ziffer A.2.1 Ziffer 6 des Landesrahmenvertrages
Eingliederungshilfe**

(bitte hierzu die Anlage 1 ausfüllen)

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

- die 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

.....
rechtsverbindliche Unterschrift

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

