_____ _____

(Träger bzw. Verwaltungsstelle) (Ort / Datum)

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Dezernat Jugend und Schule
Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche
Referat 50

48133 Münster

Förderung von Kindern mit Behinderung in inklusiven Kindertageseinrichtungen nach der Verfahrensvereinbarung vom 16.03.2020 in Verbindung mit dem Landesrahmenvertrag Eingliederungshilfe Stand 23.07.2019

Betrifft: _____
(Name und Anschrift der Einrichtung)

Einrichtungsaktenzeichen: 50-0304-90__ __ __ __ __ / __ __ __

BESTÄTIGUNG

1. Beschäftigung einer Zusatzkraft 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

I. Übersicht der in der Bestätigung berücksichtigten Kinder (bitte alle bewilligten Kinder auflisten)

Bescheid vom	**Name, Vorname**	**Bewilligungsbeginn**	**Bewilligungsende**	**Individuelle Leistungen** (z.B. zusätzliche FK-Stunden)

II. Beschäftigung einer Zusatzkraft/von Zusatzkräften nach Anhang zu Ziffer 1 der Anlage B Ziffer B.4 des Landesrahmenvertrages Eingliederungshilfe (bei Beschäftigung von mehreren Zusatzkräften bitte alle Kräfte auflisten)

Name, Vorname	Berufsausbildung	Beschäftigungs-beginn	Beschäftigungs-ende	Wochen-stunden

2. Gruppenstärkenabsenkung nach Anlage A Ziffer A.2.1 Ziffer 6 des Landesrahmenvertrages Eingliederungshilfe

2.1 Absenkung der Gruppenstärke

Die Gruppenstärke der Gruppe, in der die geförderten Kinder mit Behinderung betreut werden, wird wie folgt abgesenkt:

a) Ab _____ in der Gruppenform _____ freie Plätze von _____.

b) Ab _____ in der Gruppenform _____ freie Plätze von _____.

c) Ab _____ in der Gruppenform _____ freie Plätze von _____.

2.2 Beschäftigung einer/eines (Berufsbezeichnung:) _____ gem. 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: _____

Berufsbezeichnung: _____

Berufsausbildung als: _____

beschäftigt seit: _____ mit wöchentlich _____ Stunden

2.3 Beschäftigung einer Zusatzkraft

Name, Vorname der Zusatzkraft: _____

Berufsausbildung der Zusatzkraft: _____

☐ Einstellung zum _____ mit wöchentlich _____ Stunden

☐ Ausscheiden zum _____

☐ Änderung der Arbeitszeit zum _____ auf wöchentlich _____ Stunden

☐ Sonstiges: _____

Ich verpflichte mich, gem. den Bestimmungen des Bewilligungsbescheides jegliche Abweichungen bzw. Änderungen etc. schriftlich mitzuteilen.

_____ _____

(Ort, Datum) (rechtsverbindliche Unterschrift)