

**Name und Anschrift der Tageseinrichtung für Kinder**

Kreis Bergstraße  
Der Kreisausschuss  
Jugendamt  
-Migration und Integration-  
Gräffstraße 5  
64646 Heppenheim



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Antrag der Kindertageseinrichtung auf Gewährung einer Maßnahmenpauschale zum Ausgleich des behinderungsbedingten Mehraufwandes**

**Bitte in Druckschrift ausfüllen!**

**Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt**

gemäß §§ 53/54 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) i.V.m. der Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1.Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder i.d. Fassung vom 28.04.2014

**Wechsel von Krippenplatz in Kindertagesstätte?**  **Ja**  **Nein**

**Hortbetreuung für Kinder ab Schulbeginn**

gemäß §§ 53 und 54 Abs.1 Ziff. 1 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) i.V.m. § 12 Ziffer 1 der Verordnung nach § 60 des Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII), (Eingliederungshilfe-Verordnung) und der Rahmenvereinbarung: Angebote für Kinder mit Behinderungen vom vollendeten 3.Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder

hier: Hortbetreuung für Kinder mit Behinderungen

im Kindergarten- bzw. Schuljahr: \_\_\_\_\_ / ab dem \_\_\_\_\_

**I. Namen des Kindes:**

	Neuantrag <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------

Geschlecht:  männlich  weiblich

## II. Weitere Angaben zu dem Kind

Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Nationalität:	
Seit wann ist das Kind in der Einrichtung:	
Geplanter Aufnahmetermin:	
Beginn der Integrationsmaßnahme:	
Voraussichtliche Einschulung:	
Tägliche Betreuungszeit des Kindes:	_____ Stunden

Die Muttersprache des Kindes ist:	
Wird ein Dolmetscher empfohlen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Begründung des Antrages:

Aus welchen Gründen ist aus Ihrer Sicht eine Integrationsmaßnahme für das o.g. Kind notwendig? Falls keine eindeutige Diagnose bezogen auf eine wesentliche Behinderung vorliegt, benötigen wir einen vorläufigen Entwicklungs- bzw. Beobachtungsbericht. Bitte als Anlage beifügen!

**Bitte in Absprache mit den Eltern durch die Kindertagesstätte ausfüllen!**

<b>Bereits vorhandene medizinische Berichte, wenn JA, bitte angeben</b>	<b>JA</b>	<b>Nein</b>	<b>Bitte Ansprechpartner (Name/ Tel.) nennen und WANN (Monat/ Jahr) Untersuchungen stattgefunden haben bzw. finden werden:</b>	<b>Unterlagen im verschlossenen Umschlag beigefügt am:</b>
Kinder- u. Jugendarzt/ Hausarzt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HNO- Arzt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pädaudiologen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Augenarzt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinderneurologie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinderpsychiatrie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthopäden/ orthopädische Klinik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige niedergelassene Fachärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengymnastik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sprachtherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Therapien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
pädagogische Frühförderung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einbindung sozialer Dienste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### III. Antragsteller/Träger der Einrichtung

Anschrift:	
Ansprechpartner/in:	
Telefon- Nr.:	
Fax:	
E-Mail:	

### Bankverbindung

Name des Kontoinhabers	
<b>Bank:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>BIC:</b>	

### IV. Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift der Einrichtung:	
Name der/des Leiters/in:	
Name des Ansprechpartners für die Integration:	
Telefon- Nr.:	
Fax:	
E-Mail:	

### V. Angaben zur Tageseinrichtung für Kinder:

#### a.) Allgemeine Angaben:

Rahmenbetriebserlaubnis vom: Genehmigte Platzzahl:	_____ (Datum) _____ Plätze
---	-------------------------------

tägliche Öffnungszeiten:  <u>Davon:</u> Frühöffnung: Spätöffnung:	von: _____ bis: _____ Uhr  von: _____ bis: _____ Uhr von: _____ bis: _____ Uhr
Öffnungstage im Jahr abzüglich der Ferien, Feiertage und sonstigen Schließzeiten:	_____ Tage
Vorhandene Zusatzräume für besondere pädagogische Nutzung:  Barrierefreier Sanitärbereich:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Barrierefreier Zugang:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es durch Landesmittel geförderte Zusatzstunden?	Sprachförderstunden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viele?: _____  Migrationszusatzkraftstunden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viele?: _____
Gibt es sonstige Förderprogramme?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Wenn „Ja“, welches? _____  Umfang: _____

b.) **Angaben zur Personalbesetzung der Kindertagesstätte zum Stichtag des geplanten Maßnahmenbeginns am:** \_\_\_\_\_

**Bitte verwenden Sie hierfür die Online-Meldung nach § 47 SGB VIII (HessKiföG) mit den aktualisierten Angaben zum Maßnahmebeginn. Legen Sie unbedingt die Formularblätter der Anlage Personal/Gruppe von Punkt 1 bis Punkt 2.4 bei!**

(Als hinweisendes Beispiel hier eine Abbildung der ersten Seite der Anlage Personal/Gruppe).

Bitte im Blatt "Stammdaten" Einrichtung auswählen! 01.03.2017

1. Mindestpersonalbedarf nach § 25c Abs. 1 und 2 HKUGB:				
Altersgruppe	Betreuungs- mittelwert*	vertragl. auf- genommene Kinder **	Fachkraft- faktor	Mindestfachkraftstunden pro Woche
0-3 Jahre	22,5	0	0,2	0,00
	30	0	0,2	0,00
	42,5	0	0,2	0,00
	50	0	0,2	0,00
3- 6 Jahre	22,5	0	0,07	0,00
	30	0	0,07	0,00
	42,5	0	0,07	0,00
	50	0	0,07	0,00
Schulalter	22,5	0	0,06	0,00
	30	0	0,06	0,00
	42,5	0	0,06	0,00
	50	0	0,06	0,00
aufgenommene Kinder		0		
Personalbedarf				0,00
plus 15 % Ausfallzeiten				0,00
Kinder mit Behinderung < 3 Jahre***		0		0,00
Kinder mit Behinderung > 3 Jahre***		0		0,00
<b>Personalbedarf gesamt</b>				<b>0,00</b>

\* Betreuungsmittelwerte der vertragl. oder satzungsgemäß vereinbarten wöchentl. Betreuungszeit der Kinder (bis zu 25 Std. = 22,5 Std.; mehr als 25 bis zu 35 Std. = 30 Std.; mehr als 35 bis unter 45 Std. = 42,5 Std.; 45 Std. und mehr = 50 Std.)

\*\* betr. Platzsharing: Die automatische Berechnung des Mindestpersonalbedarfes geht von einem vereinfachten Rechenmodell für Platzsharing aus. Berücksichtigt werden die Kinder, die sich einen Platz teilen, als einzeln aufgenommene Kinder mit ihrer jeweiligen Betreuungssituation. Hierdurch kann es zu geringfügigen Abweichungen beim Mindestpersonalbedarf kommen.

\*\*\* Ausgegangen wird von 13 Zusatzstunden pro Kind bei Kindern unter drei Jahren und 15 Zusatzstunden bei Kindern über drei Jahren. Durch individuelle Sonderregelungen kann der Personalbedarf größer sein.

c.) **Vorhandene Gruppen**

	1.Gruppe	2.Gruppe	3.Gruppe	4.Gruppe	5.Gruppe	6.Gruppe
Name bzw. Nr. der Gruppe						
Gruppenerzieher/ Gruppenerzieherin						

Bei Aufnahme:

<b>Gruppenstärke/ alle angemeldeten Kinder</b> (auch Kinder mit Maßnahme zur Integration und Neuzugängen) zum Maßnahmebeginn:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b><u>Davon:</u></b>						
<b>U 3 – Kinder:</b>						
<b>Hortkinder:</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Namen der Kinder mit Maßnahme zur Integration:</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Genehmigte Fachkraftstunden für Integrationen insgesamt:</b>						

**VI. Angabe zur Gruppe, in der die Maßnahme zur Integration schwerpunktmäßig durchgeführt wird/ werden soll:**

Name der Gruppe:	
Gruppenerzieher/ Gruppenerzieherin:	
derzeitige Gruppenstärke:	
Geplante Gruppenstärke bei Maßnahmebeginn	

Personalbestand der Gruppe bei Maßnahmebeginn (Bitte Namen, Qualifikation und Wochenarbeitszeit angeben)			
	Name	Qualifikation	Wochenarbeitszeit
1.)			
2.)			
3.)			
4.)			

Vorgesehene zusätzliche Betreuungskraft (Bitte Namen, Qualifikation und Wochenarbeitszeit angeben)			
	Name	Qualifikation	Wochenarbeitszeit
1.)			
2.)			

Die zusätzliche Betreuungskraft kann ab dem \_\_\_\_\_ zur Verfügung stehen.

Das Kind belegt einen  **Halbtagesplatz**  mit Mittagessen  
 ohne Mittagessen

**Ganztagesplatz**  mit Mittagessen  
 ohne Mittagessen

Betreuungszeit in der Gruppe:	von	bis	Uhr
-------------------------------	-----	-----	-----

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel  
der Einrichtung

Unterschrift und Stempel  
des Trägers