**Leistungsempfänger**

Landschaftsverband

Westfalen-Lippe

Dezernat Jugend und Schule

Referat 50

48133 Münster

**Leistungsnachweis**

**über die Leistungen der Eingliederungshilfe und ggfls. ergänzender Mittel zum behinderungsbedingten Mehraufwand in der inklusiven Kindertagespflege**

Name der Tagespflegestelle

Anschrift

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

1. **Aufstellung der geförderten und anerkannten Kinder**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lfd.Nr. | Datum desBewilligungs-bescheides | Name und Vorname des geförderten Kindes | Bewilligungszeitraumlt. Bewilligungsbescheidvon bis | Tatsächlicher Betreuungszeitraumvon bis | WöchentlicheBetreuungszeit(lt. Betreuungs-Vertrag) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

1. **Ausgaben für behinderungsbedingte Mehraufwendungen**

**(bitte Zutreffendes ankreuzen) Ja Nein**

* Fortbildung
* Fachberatung

(bitte hierzu sofern noch nicht vorliegend, Kopie/n der Rechnung/en beifügen)

1. **Sonstige Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe wie z.B. Sachmittelkosten**

(bitte hierzu sofern noch nicht vorliegend, Kopie/n der Rechnung/en beifügen)

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

* die Bestimmungen des Bewilligungsbescheides beachtet wurden,
* die Betreuung nach § 22 KiBiz, entsprechend mit der Platzabsenkung für

 Kinder mit Behinderung nach dem Bewilligungsbescheid nicht überschritten wurde.

- die Refinanzierung der Betriebskostenpauschale zweckentsprechend für die

 entfallenen Monate unter Punkt 1 gem. dem Schreiben des Bundesministeriums

der Finanzen vom 11. November 2016 (IV C 6-S 2246/07/10002:005;

BStBI I 2016,1236 geltend gemacht wird

sowie 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**