**Landschaftsverband Westf.-Lippe**

**Dezernat Jugend und Schule**

**Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche**

**Postfach**

**48133 Münster**

**Leistungsempfänger (Träger)**

Auskunft erteilt

Telefon

Fax

E-Mail

Träger-Nummer (sofern bekannt): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Standardisierte Leistungsdokumentation1)**

**über die Leistungspauschale Basisleistung I nach dem Landesrahmenvertrag nach §131 SGB IX über die Eingliederungshilfe (EGH; Stand 23.07.2019) in inklusiven Kindertageseinrichtungen**

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Einrichtungsnummer/Geschäftspartnernummer 50 - 90………………………………………………………………..

Ansprechpartner\*in bei Rückfragen

Zur standardisierten Leistungsdokumentation (sofern abweichend von Trägerangaben)

............................................................................................................................

*(Name)*  *(Telefonnummer/E-Mail)*

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

1) Übernahme der Begrifflichkeit aus dem landesrahmenvertrag – mögliche Ergänzungen in der Zukunft wären aufzunehmen.

1. **Aufstellung der leistungsberechtigten Kinder**

*(Tabelle durch Kopie dieser Seite gegebenenfalls erweitern)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lfd. Nr.** | **Datum des**  **Bewilligungs-bescheides** | **GP/ZAD-Nummer** (leistungsberechtigtes Kind) | **Name, Vorname**  (leistungsberechtigtes Kind) | **Bewilligungs-zeitraum**  (lt. Bewilligungsbescheid  von MM/JJ bis MM/JJ) | | **Tatsächlicher Betreuungszeitraum**  (von MM/JJ bis M/JJ) | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Verwendung der Leistungspauschale Basisleistung I**

*(Bitte nur zu dem gewählten Modell Angaben machen)*

* 1. **Modell Zusatzkraft**

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

**Die erhöhten,** **über die Regelpauschale hinausgehenden, KiBiz-Pauschalen wurden vollumfänglich über den Zeitraum der standardisierten Leistungsdokumentation für den Aufbau von Fachkraftstunden /Ergänzungskraftstunden eingesetzt.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nachweis über die EGH-Stunden**  (jedeVeränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden) | | | | | |
| **lfd. Nr.** | **Name** (Mitarbeiter\*in) | **Vorname** (Mitarbeiter\*in) | **Qualifikation** (Mitarbeiter\*in) | **Beschäftigungs-zeitraum**  (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ) | **Geleistete Wochen-stunden EGH** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Sofern nur anteilig die erforderlichen Fachkraftstunden im Rahmen der EGH aufgebaut wurden:**

Es wurde sich erfolglos um zusätzliche Fachkräfte/Fachkraftstunden bemüht. (Das Bemühen ist durch entsprechende Nachweise wie Stellenausschreibungen in einer Anlage zu belegen.)

Es wurden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, durch die eine weitestgehend ausreichende Förderung und Betreuung der Kinder /des Kindes sichergestellt werden konnte

**Es wurden keinerlei Fachkraftstunden im Rahmen der EGH aufgebaut**

* 1. **Modell Gruppenstärkenabsenkung**

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

**Die erhöhten,** **über die Regelpauschale hinausgehenden, KiBiz-Pauschalen wurden vollumfänglich über den Zeitraum der standardisierten Leistungsdokumentation für den Aufbau von Fachkraftstunden /Ergänzungskraftstunden bzw. für Gruppenstärkenabsenkungen eingesetzt.**

1. Gruppenstärkenabsenkung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anzahl Kinder mit**  **(drohender) Behinderung** | **Reduzierte Plätze in der Einrichtung** | **Anzahl der Kinder mit (drohender) Behinderung für die aufgrund der Bestimmungen keine Platzreduzierung notwendig war** |
|  |  |  |

1. Zusätzlichen Fachkraftstunden:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nachweis über die EGH-Stunden**  (jedeVeränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden) | | | | | |
| **lfd. Nr.** | **Name** (Mitarbeiter\*in) | **Vorname** (Mitarbeiter\*in) | **Qualifikation** (Mitarbeiter\*in) | **Beschäftigungs-zeitraum**  (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ) | **Geleistete Wochen-stunden EGH** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Sofern nur anteilig die erforderlichen Fachkraftstunden im Rahmen der EGH aufgebaut wurden:**

Es wurde sich erfolglos um zusätzliche Fachkräfte/Fachkraftstunden bemüht. (Das Bemühen ist durch entsprechende Nachweise wie Stellenausschreibungen in einer Anlage zu belegen.)

Es wurden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, durch die eine weitestgehend ausreichende Förderung und Betreuung der Kinder /des Kindes sichergestellt werden konnte.

**Es wurden keinerlei Fachkraftstunden im Rahmen der EGH aufgebaut**

1. **Folgende indirekte Leistungen wurden (teilweise) erbracht:**

**(bitte Zutreffendes ankreuzen) Ja Nein**

* Fortbildung, Qualifizierung und Supervision
* Fachberatung
* (trägereigenes) Fallmanagement
* Trägeranteil
* indirekte Leistungen sind in die Kosten

für Personal eingeflossen

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

* eventuelle 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 Name, Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift**

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