



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

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): _____

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.

2. Verwendung der Leistungspauschale Basisleistung I

(Bitte nur zu dem gewählten Modell Angaben machen)

2.1 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					
(jede Veränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden)					
Ifd. Nr.	Name (Mitarbeiter*in)	Vorname (Mitarbeiter*in)	Qualifikation (Mitarbeiter*in)	Beschäftigungszeitraum (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ)	Geleistete Wochenstunden 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**

2.2 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.**

a) 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

b) Zusätzlichen Fachkraftstunden:

Nachweis über die EGH-Stunden (jede Veränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden)					
lfd. Nr.	Name (Mitarbeiter*in)	Vorname (Mitarbeiter*in)	Qualifikation (Mitarbeiter*in)	Beschäftigungszeitraum (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ)	Geleistete Wochenstunden 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

3. Folgende indirekte Leistungen wurden (teilweise) erbracht:**(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

	Ja	Nein
- Fortbildung, Qualifizierung und Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fachberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (trägereigenes) Fallmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trägeranteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- indirekte Leistungen sind in die Kosten für Personal eingeflossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.