**Datum \_\_\_\_\_\_\_\_**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Dezernat Jugend und Schule

Referat Soziale Teilhabe für KiJu

z. Hd. Frau Eiter

Warendorfer Str. 25

48133 Münster

**Antrag**

**auf Gewährung einer einmaligen Unterstützung zur Bewältigung energiebedingter Mehrkosten**

Leistungsbereich:

(bitte hier nur **ein** Feld auswählen. Für weitere Leistungsbereiche bitte weiteren Antrag stellen)

 heilpädagogische Leistungen in der Interdisziplinären

 Frühförderstelle

 heilpädagogische Leistungen in einer solitären

 Frühförderstelle

 Autismusambulanzen

**Träger:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az. des LWL (ZAD-Nr.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner\*in für Rückfragen zum Antrag**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einrichtung:** (bei mehreren Einrichtungen bitte einen gesonderten Antrag stellen)

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az des LWL (ZAD-Nr.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bankverbindung**

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Institutes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Erklärung zu den beantragten Leistungen**

 Wir als Träger von interdisziplinären Frühförderstellen / solitären Frühförderstellen / Autismusambulanzen erklären, dass im Januar 2023 heilpädagogische Leistungen (Fördereinheiten) aufgrund der Vereinbarungen mit dem LWL als Träger der Eingliederungshilfe erbracht worden sind.

 Wir als Träger von interdisziplinären Frühförderstellen / solitären Frühförderstellen / Autismusambulanzen erklären, das energiebedingte Mehraufwendungen entstanden sind.

Insgesamt wurden \_\_\_\_\_ Kinder mit (drohender) Behinderung im Januar 2023 gefördert, welche durch den LWL als Träger der Eingliederungshilfe bewilligt/genehmigt worden sind. Die Zahl entspricht der in der Anlage genannten Anzahl der Kinder insgesamt in der „Übersicht über die betreuten Kinder“.

Ort / Datum rechtsverbindliche Unterschrift

(Stempel des Trägers)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Name in Druckbuchstaben bitte wiederholen

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_