

**Antrag zur Bewilligung einer Maßnahmepauschale des Trägers der Kindertagesstätte zum  
 Ausgleich des behinderungsbedingten Mehraufwandes (RV-Integration)  
 -Trägerantrag-**

**I. Angaben des Trägers**

<b>Name des Trägers</b>	
<b>Postanschrift</b>	
<b>Ansprechpartner/in</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Telefon / Fax</b>	

**II. Bankverbindung**

<b>Empfänger</b>	Kreditinstitut	Kontoinhaber
<b>Bankverbindung</b>	IBAN	BIC

**III. Kindertagesstätte**

<b>Name der Kita</b>	
<b>Postanschrift</b>	
<b>Ansprechpartner/in</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Telefon / Fax</b>	

#### IV. Angaben zum Integrationskind / zu den Integrationskindern

Neuantrag

Folgeantrag

<b>Vor- und Zuname, Geburtsdatum</b>	Vor- und Zuname		Geburtsdatum
<b>Maßnahme</b>	Datum Beginn	Datum Fortsetzung	Voraussichtliche. Einschulung
<b>Betreuungszeit</b>	Anzahl der Wochentage	Anzahl der Wochenstunden	Tägliche Betreuungszeit
<b>Gruppenname</b>			

Neuantrag

Folgeantrag

<b>Vor- und Zuname, Geburtsdatum</b>	Vor- und Zuname		Geburtsdatum
<b>Maßnahme</b>	Datum Beginn	Datum Fortsetzung	Voraussichtliche. Einschulung
<b>Betreuungszeit</b>	Anzahl der Wochentage	Anzahl der Wochenstunden	Tägliche Betreuungszeit
<b>Gruppenname</b>			

Neuantrag

Folgeantrag

<b>Vor- und Zuname, Geburtsdatum</b>	Vor- und Zuname		Geburtsdatum
<b>Maßnahme</b>	Datum Beginn	Datum Fortsetzung	Voraussichtliche. Einschulung
<b>Betreuungszeit</b>	Anzahl der Wochentage	Anzahl der Wochenstunden	Tägliche Betreuungszeit
<b>Gruppenname</b>			

## V. Rahmenbedingungen der Integrationsgruppe

<b>Name der Gruppe / Größe des Gruppenraumes</b>		Gruppenraum (qm)	
<b>Gruppenstärke vor der Integration</b>			
<b>Max. Gruppenstärke einschl. der Kinder mit Behinderung</b>			
<b>Altersstruktur der Gruppe (Anzahl der Kinder)</b>	Kinder unter 3 Jahre	Kinder über 3 Jahre	
<b>Gruppentyp</b>	Regelgruppe	Krippengruppe	Altersübergreifende Gruppe

## VI. Personalbesetzung der Integrationsgruppe

<b>Vorhandenes / Zusätzliches Personal</b>	<input type="checkbox"/> Vorhandenes Personal <input type="checkbox"/> Zusätzliches Personal	<input type="checkbox"/> Vorhandenes Personal <input type="checkbox"/> Zusätzliches Personal
<b>Vor- und Zuname</b>		
<b>Integrationskraft von (Name des Kindes)</b>		
<b>Qualifikation der Fachkraft</b>		
<b>Wochenarbeitszeit in Stunden</b>		
<b>Beschäftigt seit / Geplant ab</b>		
<b>Vorhandenes / Zusätzliches Personal</b>	<input type="checkbox"/> Vorhandenes Personal <input type="checkbox"/> Zusätzliches Personal	<input type="checkbox"/> Vorhandenes Personal <input type="checkbox"/> Zusätzliches Personal
<b>Vor- und Zuname</b>		
<b>Integrationskraft von (Name des Kindes)</b>		
<b>Qualifikation der Fachkraft</b>		
<b>Wochenarbeitszeit in Stunden</b>		
<b>Beschäftigt seit / Geplant ab</b>		

## VII. Erklärung zum Antrag

Die Bestimmungen der Rahmenvereinbarung Integration einschließlich dazu ergangener Hinweise und Empfehlungen werden bei der Durchführung der Integration beachtet. Die eingesetzten Fachkräfte werden während der gesamten Betreuungszeit hauptsächlich in der Gruppe mit dem/den Kind/ern mit Behinderung eingesetzt.

Über alle eingetretenen Änderungen gegenüber dem Antrag – insbesondere hinsichtlich der Kinder mit Behinderung und des Personals – wird der Fachbereich Jugend des Landkreises Waldeck-Frankenberg **unverzüglich und unaufgefordert schriftlich** informiert.

Sofern die Maßnahmepauschale gekürzt werden muss, z. B. weil ein Kind mit Behinderung vorzeitig ausscheidet oder ein Kind hohe Fehlzeiten aufweist, wird der überzahlte Betrag unverzüglich an den Fachdienst Jugend zurückgezahlt.

Dieser Antrag, sowie beigeheftete Unterlagen können/dürfen dem Jugend- und Gesundheitsamt des Landkreises Waldeck-Frankenberg vorgelegt / weitergeleitet werden.

Die Richtigkeit aller Angaben dieses Antrages wird ausdrücklich versichert.

---

(Ort, Datum)

Unterschrift und Stempel des Trägers