

**Angaben des Leistungserbringers (Träger der Kindertagesstätte) zur Auszahlung der Maßnahmepauschale nach der Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder**

**I. Angaben zum Kind mit Behinderung**

Familienname

Vorname

Geschlecht

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Seit wann besucht das Kind die Kindertagesstätte?

geplanter Aufnahmeterrmin:

voraussichtliche Einschulung:

tatsächlich tägliche Betreuungszeit des Kindes  
mit Behinderung

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

tgl. \_\_\_\_\_ Stunden

Die Integrationsmaßnahme wird ab dem \_\_\_\_\_ im Kindergartenjahr \_\_\_\_\_ beantragt.

## **II. Angaben zum Leistungserbringer**

### **a) Kindertagesstätte**

Name der Kindertagesstätte:

Anschrift:

Name der Leitung:

Telefonnummer:

Fax:

E-Mail:

---

### **b) Träger der Kindertagesstätte**

Name:

Anschrift:

Ansprechpartner\*in:

Telefonnummer:

Fax:

E-Mail:

## Bankverbindung des Leistungserbringers

Kontoinhaber:

Bank:

BIC:

IBAN:

Verwendungszweck:

### III. Angaben zur Betriebserlaubnis

#### a) allgemeine Angaben

Betriebserlaubnis vom:

Genehmigte Plätze: \_\_\_\_\_ Plätze

tägliche Öffnungszeiten: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Tage mit veränderten Öffnungszeiten: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr,

Tage: \_\_\_\_\_

Schließung der Einrichtung wegen Ferien:

\_\_\_\_\_ Tage Osterferien

\_\_\_\_\_ Tage Sommerferien

\_\_\_\_\_ Tage Herbstferien

\_\_\_\_\_ Tage Weihnachtsferien

\_\_\_\_\_ Tage sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## b) allgemeine Angaben zum Raumprogramm

Vorhandene Zusatzräume für besondere pädagogische Nutzung / Intensivräume (Angaben zur Nutzung und der Raumgröße in qm, z. B. Turnraum, 20 qm)	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welche:

Barrierefreier Sanitärbereich	Ja	Nein
-------------------------------	----	------

Barrierefreier Zugang	Ja	Nein
-----------------------	----	------

Sonstige Angaben zum Raumangebot / Raumkonzept

## c) allgemeine Angaben zur Gruppenzusammensetzung

**Angaben zur Gruppe, in der die Integration schwerpunktmäßig durchgeführt wird / werden soll:**

Name der Gruppe

Gruppenstärke vor Integration

Maximale Gruppenstärke inklusive der Kinder mit Behinderung

Verfügbarer Gruppenraum

(Fläche in qm)

**allgemeine Angaben zur Gruppenzusammensetzung:**

**Altersmischung**

**Anzahl der Kinder**

unter drei Jahren

3 Jahre bis Schuleintritt

Altersübergreifende Gruppen

Hortkinder

**Gruppen: vorhandene Gruppen zum Tag der Antragstellung  
(falls mehrere Gruppen vorhanden bitte gesondert aufführen)**

	<b>Name der Gruppe</b>	<b>Fachkraftstunden in der Gruppe gesamt</b>	<b>Gruppenstärke inkl. lkinder/angem. Kinder</b>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

**weitere Integrationskinder in der Kindertagesstätte (wenn vorhanden):**

<b>Name; Vorname</b>	<b>Gruppe</b>	<b>voraussichtl. Schuleintritt</b>	<b>Befristung der Maßnahme</b>	
_____	_____	_____	Ja	Nein
_____	_____	_____	Ja	Nein
_____	_____	_____	Ja	Nein
_____	_____	_____	Ja	Nein
_____	_____	_____	Ja	Nein

## d) Allgemeine Angaben zum Personal und gesonderten Zeitkontingenten (Qualitätszeit)

### Angaben zur Gesamtpersonalbesetzung der Kindertagesstätte zum Beginn der geplanten Aufnahme:

Eine aktuelle Personalaufstellung ist mit dem Antrag auf Integration im Anhang mitzusenden. Änderungen zum Beginn der Integrationsmaßnahme sind unverzüglich und unaufgefordert anzuzeigen.

### Bitte nutzen Sie hierfür den Vordruck "Anlage 2 Personal Gruppe HessKiföG"

("Jährliche Meldung für Tageseinrichtungen für Kinder nach § 47 Achstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) i.V.m. § 18 sowie § 15 Abs. 3 Satz 1 und 4 Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch (HKJGB)")

<https://www.ladadi.de/gesellschaft-soziales/familie-kinder-und-jugend/fachkraefteberatung/kindertagesstaetten/unterlagen.html>

oder

<https://www.ladadi.de/gesellschaft-soziales/soziales-und-teilhabe/eingliederungshilfe/antraege-und-formulare.html>

In der Personalberechnung **sind virtuelle Kinder** im Zuge der Gruppenreduzierung durch die Integrationsmaßnahme **auf den Mindestpersonalbedarf mitanzurechnen** (vgl. Vereinbarung Integration 4.6).

Die Anlage **ist vollständig ausgefüllt (Seite 1 - 6)** als Kopie dem Antrag beizufügen.

### Zusätzliche Zeiten

Bitte benennen Sie hier alle zusätzlich gewährten Zeiten:

#### Bestimmung

#### Stundenumfang/Woche

Verfügungszeit je Fachkraft

Leitungsfreistellung

### Personalbesetzung der Integrationsgruppe

VIZ \*)

\*) V = vorhandenes Personal

vor der Integration Z =

zusätzliches Personal

(geplante Einstellung)

Name, Vorname

Qualifikation

Wochenarbeitszeit

in Stunden

Beschäftigungszeit

seit/ab (Monat/Jahr)

**Bemerkungen zur Personalbesetzung der Fachkraftstunden für die Imaßnahme:**

Die zusätzlichen Fachkraftstunden werden bereits vorgehalten:                      Ja                      Nein                      durch: \_\_\_\_\_

Die zusätzlichen Fachkraftstunden werden neu eingestellt:                      Ja                      Nein

Weitere Anmerkungen:

**IV. Begründung des Antrages: Aus welchen Gründen ist aus Ihrer Sicht eine Integrationsmaßnahme für das o. g. Kind notwendig? Gehen Sie bitte auch auf den behinderungsbedingten Mehrbedarf ein.**

**V. Bitte in Absprache mit den Eltern durch die Kindertagesstätte ausfüllen!**

Bereits vorhandene medizinische Berichte	Bitte Ansprechpartner (Name, Tel.) nennen und WANN (Monat, Jahr) Untersuchungen stattgefunden haben bzw. finden werden	Unterlagen im verschlossenen Umschlag beigelegt am:
--	--	---

Kinder- und Jugendarzt / Hausarzt	_____	_____
Ja                      Nein	_____	

HNO-Arzt	_____	_____
Ja                      Nein	_____	

Pädaudiologe	_____	_____
Ja	Nein	
Augenarzt	_____	_____
Ja	Nein	
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	_____	_____
Ja	Nein	
Kinderneurologie	_____	_____
Ja	Nein	
Kinderpsychiatrie	_____	_____
Ja	Nein	
Orthopädie / orthopädische Klinik	_____	_____
Ja	Nein	
sonstige niedergelassene Fachärzte	_____	_____
Ja	Nein	
Krankengymnastik	_____	_____
Ja	Nein	
Ergotherapie	_____	_____
Ja	Nein	
Logopädie	_____	_____
Ja	Nein	
sonstige Therapien	_____	_____
Ja	Nein	
Pädagogische Frühförderung	_____	_____
Ja	Nein	
Einbindung sozialer Dienste	_____	_____
Ja	Nein	
sonstiges	_____	_____
Ja	Nein	



## VI. Erklärung des Leistungserbringers:

Die Bestimmungen der Vereinbarung 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. Gemäß Ziffer 4.4 der Vereinbarung Integration erklärt der Träger, die pädagogischen Fachkräfte für Fortbildungen freizustellen.

Über alle eingetretenen Änderungen gegenüber den Angaben dieses Datenblattes - insbesondere hinsichtlich der Kinder mit Behinderung und des Personals - wird der Fachbereich Soziales und Teilhabe des Landkreises Darmstadt-Dieburg **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 Fachbereich Soziales und Teilhabe zurückgezahlt.

Dieses Formular sowie beigeheftete Unterlagen können/dürfen der Kindertagesstättenfachberatung des Landkreises Darmstadt-Dieburg sowie dem Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg vorgelegt/weitergeleitet werden.

Die Richtigkeit aller Angaben wird ausdrücklich versichert.

Ort, Datum

**Unterschrift und Stempel der  
Kindertagesstätte**

**Unterschrift und Stempel des  
Trägers**