***ENTWURF TRÄGER Antrag***

***auf Gewährung einer Zuwendung zur Förderung von Maßnahmen zur Stärkung der alltagsintegrierten sprachlichen Bildungsarbeit in Kindertageseinrichtungen (Förderung nordrhein-westfälischer Sprach-Kitas)***

*An die Stadt / den Kreis*

*….*

*Jugendamt – Sprach-Kitas*

*PLZ Ort*

***1. Antragsteller (TRÄGER)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Name* |  | | |  |
| *Anschrift* |  | | | |
| *Ansprechperson*  *und Kontaktdaten* | *Name* | | | |
| *Telefon-Nr.* | *E-Mail-Adresse* | | |
| *Ich bin damit einverstanden, dass die Überweisung auf die KiBiz-Bankverbindung erfolgt.* | | | | |
| ***Abweichende Bankverbindung***  ***(nur falls KiBiz-Bankverbindung nicht möglich)*** | *IBAN* | | *BIC* | |
| *Bezeichnung des Kreditinstituts* | | | |
| *Verwendungszweck/ Buchungszeichen*  *(max. 49 Zeichen)* |  | | | |

***2. Gegenstand der Zuwendung***

*Die Zuwendung dient der Stärkung der alltagsintegrierten sprachlichen Bildungsarbeit in Kindertageseinrichtungen durch Förderung von zusätzlichen Fachkräfte für sprachliche Bildung in Kindertageseinrichtungen bzw. prozessbegleitende Fachberatungen*

*Die Zuwendung dient der landesseitigen Weiterförderung nordrhein-westfälischer Sprach-Kitas, die nach Auslaufen des Bundesprogramms „Sprach-Kitas: weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ seit Januar 2023 übergangsweise durch den Bund weitergefördert werden.*

*Die Zuwendung wird in der Zeit vom* ***01.07.2023 bis 31.12.2023*** *gewährt für sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Personal im Umfang von auf den Durchführungszeitraum betrachtet durchschnittlich 19,5 Wochenarbeitsstunden sowie maßnahmebezogene Sachausgaben.*

***3. Voraussetzungen***

*Die Zuwendung kann nur unter der Voraussetzung gewährt werden, dass*

*die Maßnahme(n) Sprachförderkräfte und / oder die Maßnahme Fachberatung im Jahr 2023 auf*

*Grundlage der Förderrichtlinie zum Bundesprogramm „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur*

*Welt ist“ vom 2. November 2015 (BAnz AT 10.11.2015 B2) gefördert wird.*

***4. Beantragte Zuwendung für den Zeitraum 01.07.2023******bis 31.12.2023***

*Gesamtdarstellung der Ausgaben in Euro. Für die Maßnahme Sprachförderkräfte beträgt die maximale Festbetragsfinanzierung 12.500 €, für die Maßnahme Fachberatung beträgt die maximale Festbetragsfinanzierung 16.000 €.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Durchgeführte Maßnahme(n)* | *Summen* |
|  | *Maßnahme (n) Sprachförderkräfte*  *Maßnahme(n) Fachberatung* |  |
| ***Gesamtausgaben*** |  | |
| *abzgl. weiterer öffentlicher Mittel* |
| *abzgl. Leistungen Dritter* |
| ***Beantragte Zuwendung*** |

***5. Erklärungen des Antragsstellers***

*5.2. Ich nehme zur Kenntnis, dass kein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Zuwendung besteht.*

*5.3. Ich bestätige, dass ich der Bewilligungsbehörde auf Verlangen die zur Aufklärung des Sachverhalts und Bearbeitung meines Antrags erforderlichen Unterlagen und Informationen unverzüglich zur Verfügung stelle.*

*5.4. Mir ist bekannt, dass sicherzustellen ist, dass den Bewilligungsbehörden, dem Landesrechnungshof NRW oder von diesen Stellen Beauftragten auf Verlangen die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung an Ort und Stelle ermöglicht wird.*

*5.5. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Überkompensation die erhaltene Zuwendung ganz oder teilweise zurückzuzahlen ist.*

*5.6. Ich bestätige, dass ich mit der Zuwendung wirtschaftlich und sparsam verfahren werde.*

*5.7. Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.*

*Ort, Datum Rechtsverbindliche Unterschrift*

*(Name, Funktion)*