     

(Träger bzw. Verwaltungsstelle) (Ort / Datum)

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

LWL-Landesjugendamt, Schulen und

Koordinationsstelle Sucht

Sachbereich 340

48133 Münster

**Förderung von Kindern mit Behinderung in integrativen Kindertageseinrichtungen nach den LWL-Richtlinien vom 19.12.2008 in der Fassung vom 20.12.2013**

(Name und Anschrift der Einrichtung)

Einrichtungsaktenzeichen: 50 – 0304 – 90       /       Kiga-Jahr: 20     /20

**BESTÄTIGUNG**

**I Übersicht der in der Bestätigung berücksichtigten Kinder** (bitte alle bewilligten Kinder auflisten)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bescheid vom…** | **Name, Vorname** | **Bewilligungszeitraum**  **von bis** | | **Härtefall**  (bitte ankreuzen) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**II Beschäftigung einer Zusatzkraft/von Zusatzkräften nach Ziffer 5.2.1 und 7.2.1 der**

**LWL-Richtlinien**  (bei Beschäftigung von mehreren Zusatzkräften bitte alle Kräfte auflisten)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Berufsausbildung** | **Beschäftigungszeitraum**  **von bis** | | **Wochenstunden** (Integration) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**III Gruppenstärkenabsenkung nach Ziffer 5.1.1 und 7.1.1 der LWL-Richtlinien**

2.1. Absenkung der Gruppenstärke

Die Gruppenstärke der Gruppe, in der die geförderten Kinder mit Behinderung betreut werden, wird wie folgt abgesenkt:

1. Ab       in der Gruppenform       freie Plätze von      .
2. Ab       in der Gruppenform       freie Plätze von      .
3. Ab       in der Gruppenform       freie Plätze von      .

2.2. Beschäftigung einer Heilpädagogin / eines Heilpädagogen gem. Ziffer 5.1.1 Satz 3 der LWL-Richtlinien

Name, Vorname der Heilpädagogin / des Heilpädagogen:

Berufsausbildung der Heilpädagogin / des Heilpädagogen:

beschäftigt seit:       mit wöchentlich       Stunden

2.3. Beschäftigung einer Zusatzkraft gem. 7.1.1 der LWL-Richtlinien

Name, Vorname der Zusatzkraft:

Berufsausbildung der Zusatzkraft:

* Einstellung zum       mit wöchentlich       Stunden
* Ausscheiden zum
* Änderung der Arbeitszeit zum       auf wöchentlich       Stunden
* Sonstiges:

***Ich verpflichte mich, gem. den Bestimmungen des Bewilligungsbescheides jegliche Abweichungen bzw. Änderungen etc. schriftlich mitzuteilen.***

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

(Ort, Datum) (Unterschrift)

|  |  |
| --- | --- |
| **Auskunft erteilt:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-Mail:** |  |