|  |
| --- |
| Dieses Formular ist in einfacher Ausfertigung bis **spätestens zum 30. September** des abgelaufenen Kindergartenjahres zusammen mit den Fortbildungsnachweisen undAnwesenheitslisten einzureichen! |

An den:

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises

Fachdienst Eingliederungshilfen (41.2)

Karl-Kellner-Ring 51

35576 Wetzlar

### Nachweis der entstandenen Personalkosten

# im Rahmen eines „Integrationsplatzes für Kinder mit Behinderung in Tageseinrichtungen für Kinder“ über das gewährte Entgelt in Höhe von jährlich 1.275,00 € pro bewilligter Fachkraftstunde

# für das Kindergartenjahr 20     /20

Name und Anschrift des Trägers der Kindertageseinrichtung:

Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Kindes | Geburtsdatum | Aufnahmedatum | Fachkraftstunden-erhöhung ab: |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Anzahl der betreuten Kinder in der

 1. Gruppe insgesamt       Kinder, davon I-Maßnahmen

 2. Gruppe insgesamt       Kinder, davon I-Maßnahmen

 3. Gruppe insgesamt       Kinder, davon I-Maßnahmen

 4. Gruppe insgesamt       Kinder, davon I-Maßnahmen

 5. Gruppe insgesamt       Kinder, davon I-Maßnahmen

|  |  |
| --- | --- |
| Kostennachweis (siehe Formblatt II) |  |
| Personalkosten \*) |       € |
| Finanzierungsnachweis (siehe Formblatt III) |  |
| Gesamteinnahmen \*) |       € |
| Überschuss / Ungedeckte Kosten | **€** |

Die Richtigkeit der Angaben wird von uns bescheinigt. Die nachgewiesenen

Beträge stimmen mit den Beträgen in den Belegen und Büchern überein.

## Anlagen

Formblätter II und III

Ort, Datum

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

(Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers)

\*) Hinweis: In den Nachweis sind ausschließlich die Ausgaben und Einnahmen aufzunehmen, die die zusätzliche Betreuungskraft der Gruppe, der das Kind mit Behinderung / die Kinder mit Behinderung angehört(en), betreffen.

# *Formblatt III*

## Finanzierungsnachweis im Bewilligungszeitraum

|  |  |
| --- | --- |
| **Art der Einnahme** | **Einnahmen im Kindergartenjahr** |
|  |  |
| **1. Arbeitsamt**Erstattung in Höhe von       % der Personalkosten für  |  |
|       |       € |
| **2. Sonstige Zahlungen** |       € |
| **3. Bisher gewährter Abschlag des Entgelts**  |       € |
| **Einnahmen insgesamt** | **€** |

# *Formblatt II*

#### Vergütung der zusätzlichen Betreuungskraft

**im Rahmen der Gewährung eines Entgeltes für einen Integrationsplatz**

**einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung und Zusatzversorgung**

**im Kindergartenjahr 20****/20**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | Ausbildung | **Tätigkeit und****Wochenarbeitszeit** | **Tarif- bzw. Vergütungs-gruppe** | **Dauer der****Beschäftigung****im KiGa-Jahr****von / bis** | **Höhe der****monatlichen Vergütung****€** | **Honorar /****Überstunden-****Vergütung****€** | **Weihnachtszuwendung / Beihilfen /****Unterstützung**€ | **Aufwand****Insgesamt****€** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |