

Neuantrag **Verlängerungsantrag**

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

 Kinderkrippe **Kindergarten** **Kinderhort**

Vom Antragsteller (Erzieherinnen) auszufüllen!

1. Persönliche Verhältnisse des Kindes		der Mutter		des Vaters	
Name, Vorname					
Geburtsdatum und -ort					
Straße, Haus-Nr.					
PLZ, Wohnort					
Telefon-Nr.					
Staatsangehörigkeit					
Sorgeberechtigt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegekind (auch Pflege durch Verwandte, z. B. Großeltern)		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Name der Pflegeeltern					
Aufenthalt vor Aufnahme in Pflegefamilie: Bei wem und wo (Anschrift, Telefon)?					
Zuständiges Jugendamt					
Anderweitige Ansprüche					
Die (ggf. drohende) Behinderung ist Folge eines	- Unfalles	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	- Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	- schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Werden/wurden Ansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche gegenüber wem?					
Für o.g. Kind beantrage/n ich/wir Leistungen für die wie folgend angegebene integrative Betreuung:					
Betreuung ab (Datum)					
In Kindertageseinrichtung (Name, Ort)					
Buchungszeit (Stunden)	täglich:		wöchentlich:		
Nur bei Neuantrag: ärztl. Unterlagen oder entsprechende Unterlagen einer sonstigen Stelle zur (ggf. drohenden) Behinderung des Kindes					
<input type="checkbox"/> liegen bei.	<input type="checkbox"/> werden nachgereicht.				
Erklärung:					
Zur Feststellung des Eingliederungsbedarfs stimme/n ich/wir der Weitergabe von Unterlagen zur (ggf. drohenden) Behinderung durch die Kindertageseinrichtung an den Bezirk Oberpfalz zu. Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache/n.					
Ort, Datum			Unterschrift/en Antragsteller/in		

Hinweis

Bitte reichen Sie den Antrag gemeinsam mit der Kindertageseinrichtung rechtzeitig über die dortige Gemeinde/Stadt und das/die zuständige Landratsamt/kreisfreie Stadt beim Bezirk Oberpfalz ein, da das Entgelt nicht rückwirkend vereinbart werden kann und eine Kostenübernahme erst nach „Bekanntwerden“ (§ 18 SGB XII) erfolgen kann.

Bezirk Oberpfalz
Sozialverwaltung
Ludwig-Thoma-Str. 14
93051 Regensburg

Antrag/Verlängerungsantrag

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

Von der Kindertageseinrichtung oder deren Träger auszufüllen!

2. Kindertageseinrichtung / Träger	
Name der Kindertageseinrichtung	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon-Nr.	
e-mail-Adresse	
Name des Ansprechpartners	
Bankverbindung	
Name des Trägers	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Für das auf Seite 1 des Antrags aufgeführte Kind wird der Gewichtungsfaktor von 4,5 (Art. 21 Abs. 5 Satz 2 Spiegelstrich 4 BayKiBiG) auf 5,5 angehoben und die Finanzierung dieser Anhebung einschließlich der Gewährung der Sachkostenpauschale beim Bezirk Oberpfalz beantragt.	
Nur bei Neuantrag: Begründung zur Notwendigkeit der integrativen Betreuung des Kindes aus der Sicht der Kindertageseinrichtung	
<input type="checkbox"/> liegt bei.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
Nur bei Verlängerungsantrag: Entwicklungs-/Betreuungsbericht zur weiteren Notwendigkeit der integrativen Betreuung des Kindes aus der Sicht der Kindertageseinrichtung	
<input type="checkbox"/> liegt bei.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
Die Inanspruchnahme eines Fachdienstes wird	
<input type="checkbox"/> nicht beantragt.	
<input type="checkbox"/> beantragt. Eine auf das o.g. Kind bezogene Begründung für die Notwendigkeit aus Sicht der Kindertageseinrichtung	
<input type="checkbox"/> liegt bei.	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
Name und Anschrift des Fachdienstes:	_____
Anzahl der vorgesehenen Stunden	_____ (grundsätzlich max. 50 Std. mit max. 47,59 Euro pro Std. je ganzes Kindergartenjahr)
Erklärung:	
Es wird versichert, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Trägers
Hinweis	
Bitte reichen Sie den Antrag rechtzeitig über die dortige Gemeinde/Stadt und das/die zuständige Landratsamt/kreisfreie Stadt beim Bezirk Oberpfalz ein, da das Entgelt nicht rückwirkend vereinbart werden kann und eine Kostenübernahme erst nach „Bekanntwerden“ (§ 18 SGB XII) erfolgen kann.	

Antrag/Verlängerungsantrag

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für die integrative Betreuung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertageseinrichtungen

Bitte Namen und Anschrift der Kindertageseinrichtung ergänzen!

3. Von der Kindertageseinrichtung/Träger weiterzuleiten an die Gemeinde/Stadt mit

- Dem ausgefüllten und unterschriebenen Zusatzblatt „**Leistungsvereinbarung**“ nach dem Bayer. Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII **2fach**. ~~Nur erforderlich sofern für das laufende Kindergartenjahr noch nicht vorliegt!~~
- Berechnungsblatt** zur Ermittlung des **Anstellungsschlüssels**. **Ist unbedingt erforderlich!**

An

mit der Bitte um Stellungnahme zu der vorgesehenen Integrationsmaßnahme:

Name der Gemeinde/Stadt

- Für die Förderung nach dem BayKiBiG wird für alle in diesem Antragsgeheft aufgeführten Kinder der Gewichtungsfaktor 4,5 beantragt.

Straße, Haus-Nr.

- Die Erhöhung des Gewichtungsfaktors 4,5 gemäß Art. 21 Abs. 5 Satz 3 BayKiBiG wird beantragt.

PLZ, Ort

Stempel und Unterschrift Kindertageseinrichtung/Träger, Datum

4. Stellungnahme der Gemeinde/Stadt weiterzuleiten an die zuständige Aufsichtsbehörde

An

Antragseingang am: _____

mit der Bitte um Stellungnahme zu der vorgesehenen Integrationsmaßnahme:

Zuständige Aufsichtsbehörde

- Der Bedarf für die beantragte Integrationsmaßnahme wird anerkannt (Art 7 BayKiBiG).

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Stempel und Unterschrift Gemeinde/Stadt, Datum

5. Stellungnahme der für die staatliche Förderung zuständigen Aufsichtsbehörde

An

Folgende Entscheidung wird getroffen:

**Bezirk Oberpfalz
- Sozialverwaltung -
Postfach 10 01 65
93001 Regensburg**

- Der Gewichtungsfaktor 4,5 wird zuerkannt, soweit die betreffenden Kinder im Sinne von § 53 SGB XII behindert oder von einer wesentlichen Behinderung bedroht ist.
- Der Gewichtungsfaktor 4,5 wird im Einvernehmen mit der betroffenen Gemeinde erhöht (Art. 21 Abs. 5 Satz 3 BayKiBiG).
- Auch unter Anrechnung eines Gewichtungsfaktors von 5,5 wird ein Anstellungsschlüssel von mindestens 1 : 11,0 eingehalten.

Name Ansprechpartner, Tel.-Nr. mit Vorwahl

Stempel und Unterschrift Aufsichtsbehörde, Datum