Träger der Kindertageseinrichtung

Über

Stadtschulamt Frankfurt

Amt 40

Fachbereich Kindertageseinrichtungen

Solmsstr. 27-37

60486 Frankfurt am Main

An

Jugend- und Sozialamt

Sozialrathaus Wählen Sie ein Element aus.

Team Soziale Hilfen - Sozialdienst

**Personaleinsatz für die „Integrationsmaßnahme“ in der Kindertageseinrichtung**

Name Kindertageseinrichtung:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind** | | | |
| Name | Vorname | | Geburtsdatum |
|  |  | |  |
| Straße | Ort | | Geschlecht |
|  |  | | m  w  d |
| (Geplanter) Aufnahmetermin | | (Voraussichtlicher) Austritt (z.B. durch Einschulung) | |
|  | |  | |
| Tägliche Betreuungszeit (Halbtags/ Zweidrittel/ Ganztags) | | | |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personensorgeberechtigte** | | |
| Name | Vorname | |
|  |  | |
| Straße, Ort | | Telefonnummer |
|  | |  |
| Name | Vorname | |
|  |  | |
| Straße, Ort | | Telefonnummer |
|  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Träger der Kindertageseinrichtung** | | |
| Name | Anschrift | Ansprechpartner |
|  |  |  |
| Telefonnummer | Fax | E-Mail |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bankverbindung** | | |
| Name | IBAN | BIC |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Kindertageseinrichtung** | | | | | |
| Name | | Anschrift | | Ansprechpartner | |
|  | |  | |  | |
| Anzahl der Gruppen: | | | | | |
| Maximale Gruppengröße gem. BE / Jugendhilfeplanung: | | | | | |
| Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 | Gruppe 4 | Gruppe 5 | Gruppe 6 |
|  |  |  |  |  |  |
| Angaben zu der Gruppe in der das Kind mit Behinderung betreut werden soll: | | | | | |
| Derzeitige Gruppengröße | | |  | | |
| neu geplante Gruppengröße zur Einhaltung der Rahmenvereinbarung Integration (einschließlich des Kindes mit Behinderung) | | |  | | |
| Derzeitiger Personalbestand in der Gruppe: | | | | | |
| Name | | Qualifikation | | Wochenarbeitszeit | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| Vorgesehene (zusätzliche) Fachkraft für die Integrationsmaßnahme: | | | | | |
| Name | | Qualifikation | | Wochenarbeitszeit | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift und Stempel des Trägers |