

**Antrag auf Übernahme der Kosten zur Durchführung  
der Integration von Kindern mit Behinderung vom  
vollendeten 1.Lebensjahr bis zum Schuleintritt in  
Tageseinrichtungen für Kinder**

LANDESHAUPTSTADT



- vom Träger der Maßnahme auszufüllen -

## Änderungsmitteilung

Leistungsart:

### 1. Angaben des Trägers

|                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Name des Trägers</b>             | <input type="text"/>            |
| <b>PLZ, Ort, Straße</b>             | <input type="text"/>            |
| <b>Ansprechperson</b>               | <input type="text"/>            |
| <b>Email</b>                        | <input type="text"/>            |
| <b>Telefon</b> <input type="text"/> | <b>FAX</b> <input type="text"/> |

3. Angaben zur Institution, in der die Maßnahme durchgeführt wird

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Name</b>                         | <input type="text"/>   |
| <b>PLZ, Ort, Straße</b>             | <input type="text"/>   |
| <b>Ansprechperson</b>               | <input type="text"/>   |
| <b>Email</b>                        | <input type="text"/>   |
| <b>Telefon</b> <input type="text"/> | <b>FAX</b> <input type="text"/>                              |
| <b>Anzahl der I<br/>Maßnahmen</b>   | <b>In der Gruppe / in der Klasse</b><br><input type="text"/> |

4. Angaben zum Kind mit Behinderung (für jedes Kind einen separaten Antrag)

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| <b>Name, Vorname</b>    | <input type="text"/> |
| <b>PLZ, Ort, Straße</b> | <input type="text"/> |

Wir möchten Sie über folgende Veränderung informieren:

|  |  |  |
|--|--|--|
| Die Änderung tritt ein zum <input type="text"/>                          |  |  |
| <input type="radio"/> Fachkraft, die für die Integration eingesetzt wird | Name:<br><input type="text"/>  | Qualifikation:<br><input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Unterbrechung der Maßnahme                         | von <input type="text"/>   | bis <input type="text"/>               |
|  | Grund der Unterbrechung: (z.B. keine Fachkraft vorhanden)<br><input type="text"/>  |  |
| <input type="radio"/> Beendigung der Maßnahme (bitte Grund auswählen)    | <input type="checkbox"/> Wegzug<br><input type="checkbox"/> Keine Versorgung durch Träger möglich<br><input type="checkbox"/> Schuleintritt<br><input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:<br><input type="text"/> |  |
| <input type="radio"/> Sonstige Änderungsgründe / Mitteilungen            | <input type="text"/>   |  |

|                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| <b>Ort / Datum</b>   | <b>Unterschrift des Trägers</b> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>            |