

## Individualbetreuung\_Inklusionsförderung

Träger/Organisation, Anschrift (kein Postfach), Telefon		Bearbeitungsvermerke
Leiter/Leiterin der Maßnahme (Name, Anschrift, Telefon privat u. ggf. dienstlich, Alter)		
Geldinstitut	IBAN	BIC
Kontoinhaber/-in - kein Privatkonto -		

**Stadt Münster**  
**Der Oberbürgermeister**  
**Amt für Kinder, Jugendliche und Familien**

**48127 Münster**

### **Antrag auf Bewilligung eines Zuschusses für eine Individualbetreuung (Inklusionsförderung)**

bei der Teilnahme von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher

Gemäß der Richtlinien des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster für folgende Maßnahme:

Bezeichnung der Maßnahme	von – bis
--------------------------	-----------

Betreuungsschlüssel

- 1 : 1 (z. B. SB-Ausweis ab 70 %, Schulbegleitung 1 : 1)
- 1 : 2 (z. B. lebensbedrohende Allergien, Autismus, Chronische Erkrankungen, AOSF-Verfahren, ärztl. Bescheinigung)
- 1 : 3 (z. B. Förderbedarfe Lernen, emotionale Entwicklung oder Sprache, AOSF-Verfahren, Schulzugehörigkeit)
- 1 : 5 (z. B. starke Entwicklungsauffälligkeiten ohne SB-Ausweis und AOSF-Verfahren)

Schwerbehindertenausweis (in Kopie) / ärztliche Bescheinigung ist beigelegt

- ja  wird nachgereicht

Name des Kindes / des, der Jugendlichen und Begründung (evtl. Rückseite verwenden):


Die tatsächlich entstandenen Kosten und die Teilnahme der zu betreuenden Teilnehmenden (in der Teilnehmerliste kennzeichnen) sind nach Maßnahmenende durch Originalbelege (anliegender Stundennachweis) nachzuweisen und zusammen mit dem Verwendungsnachweis der Maßnahme einzureichen.

\_\_\_\_\_  
**Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers/der Organisation, Datum**

