Anlage 8b zur RV-SchulInklAs

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie | BERLIN

Schule:	
Schulnummer:	Berliner Schulnummer (BSN)

Stempel der Schule

An das regionale SIBUZ
Koordinierungskraft für schulische Inklusionsassistenz

Antrag auf schulische Inklusionsassistenz in den Ferien

(Antragstellung spätestens 8 Wochen vor Beginn der Ferien)

Auszufüllen durch die Schule

Name(n) der zu versorgenden Schülerinnen/ Schüler:			
Ferienzeitraum:		Gesamtzahl der beantragten Tage:	
Begründung für den Bedarf schulischer Inklusionsassistenz während der Ferien:			
a) Erforderlicher täglicher Stundenumfang: (Ab 6 Stunden täglich ist eine unbezahlte Pause von 30 min einzuplanen)		Stunden/Tag	
b) Beantragte Gesamtstundenzahl für die Ferienzeit:		Stunden	

☐ Frau/Herr _____ (schulische/r Inklusionsassistent/in) ist bereit, die Versorgung des/der o.g. Kindes/r) in den Ferien zu übernehmen. Dies wurde dem Träger bekannt gegeben.

☐ Es ist der Einsatz einer externen Person erforderlich, da keine/r der an der Schule beschäftigten schulischen Inklusionsassistentinnen/-assistenten die Versorgung in den Ferien übernehmen kann. Dies wurde dem Träger bekannt gegeben.

Datum Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter

Auszufüllen durch das SIBUZ

Der zusätzliche Bedarf an schulischer Inklusionsassistenz wird anerkannt und bestätigt.

Datum Unterschrift Koordinierungskraft des SIBUZ Unterschrift SIBUZ-Leiterin/-Leiter

Auszufüllen durch I B 1.6

☐ Für den zusätzlichen Bedarf stehen Haushaltsmittel für _____ Leistungsstunden zur Verfügung.
☐ Es stehen keine Haushaltsmittel zur Verfügung.

Datum Unterschrift I B 1.6

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie | BERLIN

Leistungsvereinbarung über schulische Inklusionsassistenz in den Ferien

Auszufüllen durch das SIBUZ

Name(n) der zu versorgenden Schülerinnen/Schüler:	Schulnummer:
Ferienzeitraum:	
Für den oben genannten Zeitraum werden durch den Träger zusätzliche Leistungen der schulischen Inklusionsassistenz in folgendem Umfang erbracht:	Stunden
Datum Unterschrift SIBUZ-Leiterin/Leiter	

In doppelter Ausführung an den Träger

Auszufüllen durch den Träger

Folgende/r schulische/r Inklusionsassistent/in wird beauftragt, die Versorgung während der Ferien zu übernehmen:	Herr/Frau
Datum Unterschrift/ Stempel Träger der freien Jugendhilfe	

Ein Exemplar ans SIBUZ

Leistungsdokumentation und Leistungsabrechnung

Auszufüllen durch den Träger

Die Ferienhilfe erfolgte während des vereinbarten Zeitraums. Die vereinbarte Leistung (gemäß Leistungsvereinbarung) wurde in folgendem Umfang erbracht:

Ferienzeitraum		geleistete Stunden	
von	bis		
Summe:			Datum Unterschrift/Stempel Träger der freien Jugendhilfe

Unterschriebenes Original an die Schule

Auszufüllen durch die Schule

Die geleistete Ferienhilfe in dem angegebenen Umfang wird bestätigt.

Datum	Unterschrift Schulleiter/Schulleiterin	Schulstempel

Die Leistungsdokumentation/-abrechnung bitte **im Original** weiterleiten an: SenBJF I B 1.6, Kopie an Träger

Unterschriebenes Original an I B 1.6, Kopie an Träger

Auszufüllen durch I B 1.6

Die erbrachte Leistung wurde zahlbar gemacht.

Datum	Unterschrift I B 1.6