*Anlage 2*

*(zu Nummer 7.11)*

**Verwendungsnachweis**nach der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums  
für die Förderung Interdisziplinärer Frühförderstellen (VwV-IFF)  
vom 27. März 2017 für das Berichtsjahr  *Jahr bitte auswählen und weiter mit TAB*

|  |  |
| --- | --- |
| L-Bank  Finanzhilfen  Schlossplatz 10  76113 Karlsruhe | ***Einzureichen bis 30. April des  auf den Bewilligungszeitraum folgenden Jahres*** |

nachrichtlich per E-Mail an:

poststelle@sm.bwl.de

**1. Allgemeine Angaben**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name und Anschrift der geförderten IFF | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Name und Anschrift des Trägers oder (bei Antragsgemeinschaft) der Träger | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | |
| Ansprechperson für Nachfragen  Name Telefon | | | | E-Mail | | |
|  | |  | |  | | |
|  | | | | | |
| Datum Zuwendungsbescheid | zust. Regierungspräsidium | | Aktenzeichen | | Zuwendungshöhe in Euro | |
|  |  | |  | |  | |

*Ort bitte auswählen! Weiter mit TAB*

**2. Sachbericht über die Tätigkeit der IFF im Bewilligungszeitraum**

*(Textteil bitte auf gesondertem Blatt, insbesondere auch Angaben zum Abbau von Zugangsbarrieren zur Frühförderung bei schwerer erreichbaren Familien durch allgemeine und zielgruppenspezifische Information vor Ort über die Möglich­keit der Frühförderung)*

**2.1 Angaben zu den im Berichtsjahr von der IFF erbrachten Beratungs- und Förderleistungen (ohne Komplexleistung)**

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Personen, die ein offenes niederschwelliges Beratungsangebot in Anspruch genommen haben (auch telefonisch) |  |
| Anzahl der geführten Erstgespräche |  |
| Anzahl der Kinder, bei denen eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik durchgeführt wurde |  |
| Anzahl der Kinder, die nur heilpädagogische (Einzel-)Leistungen erhalten haben |  |
| Anzahl der Kinder, die nur medizinisch-therapeutische (Einzel-)Leistungen erhalten haben |  |

**2.2 Angaben zu den im Berichtsjahr von der IFF erbrachten Komplexleistungen**

|  |  |
| --- | --- |
| 2.2.1 Anzahl der Kinder, die bei vorliegendem Förder- und Behandlungsplan eine Komplexleistung erhalten haben |  |

|  |
| --- |
| 2.2.2 Lebensalter der Kinder, die im Berichtsjahr eine Komplexleistung erhalten haben |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lebensalter (am 31. Dezember des Berichtsjahres) | Mädchen | Jungen | Gesamt |
| bis 12 Monate |  |  | 0 |
| 1 Jahr |  |  | 0 |
| 2 Jahre |  |  | 0 |
| 3 Jahre |  |  | 0 |
| 4 Jahre |  |  | 0 |
| 5 Jahre |  |  | 0 |
| 6 Jahre |  |  | 0 |
| 7 Jahre und älter |  |  | 0 |
| Gesamt | 0 | 0 | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2.3 Zehn häufigste ICD 10-Diagnosen der Kinder, die eine Komplexleistung erhalten haben ICD 10-Diagnose (bitte eintragen) Anzahl der Kinder | | |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2.4 Angaben zur Mobilen Leistungserbringung im Rahmen der Komplexleistung im Berichtsjahr | | |
| Anzahl der Kinder, die im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung mobil gefördert wurden durch | | |
| - | Hausbesuche (im Haushalt des Kindes oder der Familie) |  |
| - | Besuche in Einrichtungen (z. B. in Kindertagesstätten) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2.2.5 Angaben zum Einzugsbereich, sofern dieser geteilt ist oder angrenzende Kreise mitversorgt werden | |
| Kreis | Anzahl der Kinder, die eine durch diesen Kreis mitfinanzierte Komplexleistung erhalten (haben) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2.3 Angaben zur Kooperation und Vernetzung mit andern Einrichtungen, Institutionen und Behörden im Berichtsjahr**

|  |  |
| --- | --- |
| 2.3.1 Übersicht über die Kooperationspartner im Berichtsjahr | |
| Niedergelassene (Kinder-)Ärztinnen und Ärzte | Niedergelassene Therapeutinnen und  Therapeuten |
| Sozialpädiatrische Zentren | (Kinder-)Kliniken |
| Öffentl. Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter) | Kindertageseinrichtungen |
| Andere Frühfördereinrichtungen | Sonderpädagogische Beratungsstellen |
| Psychologische Beratungsstellen | Behörden (z. B. Jugend- oder Sozialamt) |
| Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung | Sonstige (bitte angeben): |
|  |  |

|  |
| --- |
| 2.3.2 Teilnahme an Fachveranstaltungen, Treffen, Arbeitskreisen, Arbeitsbesprechungen, Fach­gesprächen u. a. mit anderen Institutionen im Berichtsjahr (insbesondere Kita-Coaching, Kinder­schutz)  Art der Veranstaltung/en (bitte eintragen): |
|  |

**3. Personelle Ausstattung im Berichtsjahr**

Die im Berichtsjahr geförderten Fachkräfte und die hierfür angefallenen Personalkosten sind in beiliegender Übersicht dargestellt. Nachrichtlich sind auch die nicht geförderten Fachkräfte dar­gestellt.

**4. Zahlenmäßiger Nachweis der zuwendungsfähigen Ausgaben im Berichtsjahr und der hierfür einzusetzenden Deckungsmittel (Jahresabschluss)**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1 Ausgaben** | in Euro |
| Personalausgaben für geförderte Fachkräfte |  |
| Weitere Personalausgaben |  |
| Sachkosten (z. B. Kosten für Räume, Bürobedarf, Kfz, Porto, Telefon) |  |
| Sonstige Kosten |  |
| Summe: | 0,00 |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.2 Finanzierung der Ausgaben** | in Euro |
| Eigenmittel des Trägers |  |
| Leistungen der Krankenkassen  (Vergütungen nach der Vergütungs- und Abrechnungsverein­barung - Anlage 7 zur LRV-IFF - zzgl. Vergütungen der erbrachten medizinisch-therapeutischen Einzelleistungen) |  |
| Leistungen der Sozialhilfeträger (Vergütungen nach der Vergütungs- und Abrechnungsverein­barung - Anlage 7 zur LRV-IFF - zzgl. Vergütungen der erbrachten heilpädagogischen Einzelleistungen) |  |
| Versicherungsleistungen |  |
| Landesförderung |  |
| Leistungen anderer öffentlicher Träger (z. B. kommunale Zuschüsse) |  |
| Sonstige Finanzierungsmittel (bitte erläutern, z. B. Spenden) |  |
| Summe: | 0,00 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mehreinnahmen/ Mehrausgaben** | **0,00** | **0,00** | = | **0,00** |

**5. Bestätigung**

Es wird bestätigt, dass

1. die Zuwendung bestimmungsgemäß verwendet wurde und die Bestimmungen im Zuwen­dungsbescheid eingehalten wurden,
2. die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und die Angaben mit der endgültigen Jahresrechnung, den Büchern und Belegen übereinstimmen,
3. sämtliche Möglichkeiten zur Refinanzierung der Aufwendungen vollständig ausgeschöpft wurden,
4. der dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegende Kooperationsvertrag entsprechend der Protokollnotiz zu § 6 Abs. 2 Satz 4 LRV-IFF bis zum 31. Dezember des Förderjahres gültig war.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Vertretungsberechtigten |
|  |  |  |

**Übersicht der im Förderjahr förderfähigen und sonstigen** \*) **Fachkräfte**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Berufsgruppe | med.-therap. Bereich | | | heilpäd. Bereich | Beschäftigungsdauer im Förderjahr von-bis | Beschäftigungs-umfang in %\*\*) | Personalkosten im Förderjahr in Euro | Verg.Gruppe oder Tarifvertrag |
|  |  | Physio | Logo | Ergo |  |  |  |  |  |
|  |  | *Zutreffendes bitte ankreuzen!* | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |

*\*) Nicht förderfähige Fachkräfte sind kenntlich zu machen*

*\*\*) Eine ausnahmsweise mögliche unterhälftige Beschäftigung nach Nummer 6.3.3 der VwV-IFF ist näher zu erläutern (insbesondere Grund und vorgesehener Zeitraum).*

|  |
| --- |
| **Erläuterungen**: |