

Stand 26.02.2025

Landschaftsverband Rheinland  
Dezernat Kinder, Jugend und Familie  
Fachbereich 41  
Kennedy-Ufer 2  
50679 Köln

### Leistungsempfänger (Träger)

Name	<input type="text"/>
Auskunft erteilt	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Geschäftspartnernummer	<input type="text" value="200"/>

### Standardisierte Leistungsdokumentation

#### über die Förderung der Inklusion in Tageseinrichtungen für Kinder im Sinne der Sozialen Teilhabe (Projekt FITiS 2.0) nach §125 SGB IX

Name der Einrichtung	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Geschäftspartnernummer (der Einrichtung)	<input type="text" value="200"/>

Ansprechpartner\*in bei Rückfragen  
zum Leistungsnachweis (sofern abweichend von Trägerangaben)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Name)	(Telefonnummer/E-Mail)

Kindergartenjahr: 20\_\_/20\_\_

[illegible]

## 2. Verwendung der Leistungspauschale im Projekt FITiS 2.0

(Beschäftigung einer zusätzlichen FITiS 2.0-Kraft nach § 5 Absatz 3 der Leistungsvereinbarung FITiS 2.0)

Nachweis über die FITiS 2.0 -Stunden					
(jede Veränderung des Beschäftigungsumfanges etc. muss chronologisch aufgeführt werden)					
lfd. Nr.	Name (Mitarbeiter*in)	Vorname (Mitarbeiter*in)	Qualifikation (Mitarbeiter*in)	Beschäftigungszeitraum (von MM/JJ ggf. bis MM/JJ)	Geleistete Wochen- stunden FITiS 2.0

☐ Es wurden keinerlei FITiS 2.0-Stunden aufgebaut.

☐ Für die oben angegebenen Beschäftigten wurde für den angegebenen Zeitraum ein Entgelt gezahlt und es bestand gleichzeitig **keine** Doppelfinanzierung (z.B. durch Krankenversicherung). Sofern hier keine Bestätigung erfolgen kann, erfolgt keine Refinanzierung der FITiS 2.0-Stunden.

**3. Folgende indirekte Leistungen wurden erbracht:**

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

	<i><b>Ja</b></i>	<i><b>Nein</b></i>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallmanagement d. Trägers für Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachberatung FITiS 2.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
indirekte Leistungen sind in die Kosten für Personal eingeflossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es wird hiermit rechtsverbindlich erklärt, dass

- eventuelle Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheides beachtet wurden,
- die finanziellen Mittel im Projekt FITiS 2.0 zweckentsprechend im Sinne der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung verausgabt wurden, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und eine Übereinstimmung der Einnahmen und Ausgaben mit den Büchern und Belegen vorliegt.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben werden hiermit bestätigt.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift**

Soweit die Unterschrift nicht vom Zuwendungsempfänger selbst geleistet wird, wird erklärt, dass die erforderliche Vollmacht vorliegt.