Kantonale Geschäftsstelle St. Gallen-Appenzell-Glarus

**Antragsformular für die Übernahme von Mehrkosten in Kindertagesstätten im Rahmen von KITAplus**

**Erläuterung:**

Wenn die Wohngemeinde die Mehrkosten nicht übernimmt, kann bei Pro Infirmis St. Gallen-Appenzell- Glarus subsidiär eine finanzielle Unterstützung beantragt werden.

Voraussetzung ist ein Erstgespräch «Runder Tisch» mit den Erziehungsberechtigten, der KITA, der Heilpädagogischen Früherzieher\*in (HFE) und der Koordinationsstelle der Pro Infirmis.

Die Koordinationsstelle der Pro Infirmis informiert die Eltern und die involvierten Fachpersonen schriftlich über die Aufnahme des Kindes in KITAplus.

**Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Hilflosenentschädigung | ❑ **Ja** ❑ leicht ❑ mittel ❑ schwer ❑ **Nein** |
| Medizinische Massnahmen | ❑ **Ja** ❑ **Nein** |
| Behinderung des Kindes |  |

**Eltern /** **Erziehungsberechtigte**

Person 1 Person 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Name |  |
| Vorname |  | Vorname |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| PLZ / Ort |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon/Natel |  | Telefon/Natel |  |
| E-Mail |  | E-Mail |  |

**Involvierte Früherzieher\*in des Heilpädagogischen Dienstes St. Gallen oder Kinderarzt/Kinderärztin**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Mobiltelefon und/oder E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift Früherzieher\*inKinderarzt / Kinderärztin |  |

**Erhöhter Betreuungsaufwand / Bedarfseinstufung**

* Leicht  ❑ Stark
* Mittel ❑Sehr stark

**Kindertagesstätte**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Kita |  |
| Name Leitung |  |
| Adresse |  |
| PLZ / Ort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

**Platzbestätigung / Finanzierung**

|  |  |
| --- | --- |
| Eintritt ab |  |
| Voraussichtliches Ende |  |
| Betreuungstage |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Tage pro Woche | ❑ 1 Tag ❑ 2 Tage ❑ \_\_\_ Tage  |
|  |  |

**Die Leitung der Kindertagesstätte bestätigt die Richtigkeit der Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift Leitung |  |

**Vollmacht**

Die Erziehungsberechtigten sind damit einverstanden, dass sich die Koordinationsstelle der Pro Infirmis, die KITA und der Heilpädagogische Dienst austauschen dürfen.

Ort, Datum Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**