FÖRDERANTRAG
für das Projekt ferien-inklusiv

STEPHANUS STIFTUNG

Stephanus gGmbH
Projekt ferien-inklusiv
Puschkinstraße 6-7
17268 Templin

Antrags-Nr.:

PW

Datum:

ANTRAGSTITEL: Inklusive und gruppenbezogene Ferienangebote

1. Gesamtzeitraum der Ferienmaßnahme (TT.MM.JJJJ):

von: **bis:**

Wichtig!
Der beantragte Zeitraum muss innerhalb der Ferien des Landes Brandenburg liegen.

2. Ort der Ferienmaßnahme (vollständige Anschrift):

3. Beantragung - detailliert

Woche 1

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

Woche 2

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

Woche 3

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

Anzahl der Übernachtungen:

Hinweis zur Beantragung und Berechnung:

Eine Förderung kann nur dann erfolgen, wenn die Gruppenkonstellation der Kinder und Jugendlichen während der Maßnahme gleich bleibt. Mit Änderung der Gruppenkonstellation ergibt sich eine neue Maßnahme, für die ein weiterer Antrag gestellt werden muss.

Bitte kreuzen Sie die Wochentage mit einem Programmumfang von mindestens 6 Stunden an.

Anschließend geben Sie bitte an, wie oft eine Übernachtung in dem angegebenen Zeitraum stattfindet.

4. Ich beantrage eine Förderung für **0** **Tage.**

Die beantragten Tage haben einen Programmumfang von mindestens 6 Stunden.

Gefördert durch: LAND BRANDENBURG Ministerium für Bildung, Jugend und Sport

5. Handelt es sich bei den beeinträchtigten Jugendlichen um **Jugendliche**, die **nach den Fördergrundsätzen** des Projektes ferien-inklusiv einzuordnen sind (siehe Fördergrundsätze)?

☐ **NEIN**

☐ **JA**

Die beeinträchtigten Kinder- und Jugendliche sind:

☐ **wohnhaft in Brandenburg.** ☐ **im Alter von 10-21 Jahren.**

Die Jugendlichen haben eine Behinderung oder einen sonderpädagogischen Förderbedarf in folgenden Schwerpunkten (Mehrfachnennung möglich):

☐ Sehen ☐ Hören

☐ geistige Entwicklung ☐ autistisches Verhalten

☐ körperliche und motorische Entwicklung

anderes:

☐ **Der Nachweis** der Behinderung oder des sonderpädagogischen Förderbedarfs wurde vom Antragsteller gesichtet und dokumentiert.

Hinweis zur Anzahl der beeinträchtigten Kinder- und Jugendlichen:
Eine Förderung kann nur dann erfolgen, wenn weniger beeinträchtigte als nicht beeinträchtigte Kinder- und Jugendliche an der Maßnahme teilnehmen.

6. Bitte geben Sie nachfolgend die **Anzahl der teilnehmenden Personen** an:

Teilnehmer/-innen insgesamt: ☐ davon mit Beeinträchtigung: ☐

Betreuer/-innen insgesamt: ☐ davon Inklusionsbetreuer/-innen: ☐

Die Berechnung setzt sich wie folgt zusammen:

bei Ganztagsangeboten
Inklusionsbetreuer(pro 2 beeinträchtigte Jugendliche) x **160 €** x **Anzahl** der Tage = **Zuschusssumme**

bei Angeboten mit Übernachtung
Inklusionsbetreuer(pro 2 beeinträchtigte Jugendliche) x **200 €** x **Anzahl** der Tage = **Zuschusssumme**

7. Folgender **Zuschuss** wird beantragt: ☐ **Euro**

PW

Wird der **Betreuungsschlüssel von 1:2 nicht** eingehalten, nennen Sie hierfür bitte den Grund:

8. Der/Die Betreuer/-innen für die jungen Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen über ausreichende **Erfahrungen im Umgang mit beeinträchtigten Jugendlichen** oder können eine entsprechende Qualifikation nachweisen:

☐ **JA** (bitte nennen Sie hier die Qualifikation und Erfahrungskompetenz der Betreuer/-innen):

☐ **NEIN**

9. Die Betreuer/-innen möchten an der **kostenfreien Schulung** (Schulung zur/zum zertifizierten Inklusionshelfer/-in) teilnehmen.

☐ **JA** ☐ **NEIN**

10. Ich bin/Wir sind ein/eine

☐ **Träger der freien Jugendhilfe.**
☐ **örtlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe.**
☐ **Gemeinde oder Amt.**
☐ **eingetragener Verein (e. V.).**

andere:

11. Bitte geben Sie Ihre **Kontaktdaten** an:

Institution/Antragsteller/-in (Name der Einrichtung/des Trägers):

Ansprechpartner/-in:

Straße:

Telefon:

PLZ / Ort:

E-Mail-Adresse: