

Träger der Erw. Schulischen Betreuung:

---



---



---

Frankfurt am Main, \_\_\_\_\_

An den Magistrat  
der Stadt Frankfurt am Main  
Sozialrathaus/Besonderer Dienst

---



---



---

### Antrag auf Kostenübernahme der Betreuung in der Erweiterten Schulischen Betreuung (ESB):

Name	Anschrift	Stadtteil
------	-----------	-----------

für das Schuljahr

Beginn des Schuljahres:	_____	Ende des Schuljahres:	_____
-------------------------	-------	-----------------------	-------

### für das Kind:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße	Ort	Stadtteil
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Nationalität	Aufenthaltsstatus
--------------	-------------------

Geplanter Aufnahmeterrmin	Voraussichtliche Einschulung	Tägliche Betreuungszeit (Halbtags, /Zweidrittel/ Ganztags)
---------------------------	------------------------------	--

# Träger

Name                      Anschrift                      Ansprechpartner                      Telefonnummer                      Fax                      E-Mail

## Bankverbindung

Bank    Konto.Nr.    Buchungsmerkmal

## Angaben zur Schulbetreuung

Anzahl der Gruppen: \_\_\_\_\_

Gruppenstärke je Gruppe: \_\_\_\_\_

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6

Öffnungszeiten der ESB: \_\_\_\_\_

## Angaben zu der Gruppe in der das Kind mit Behinderung betreut werden soll:

Derzeitige Gruppenstärke \_\_\_\_\_

Geplante Gruppenstärke (einschließlich des Kindes mit Behinderung) \_\_\_\_\_

## Derzeitiger Personalbestand der Gruppe:

Name	Qualifikation	Wochenarbeitszeit

## Vorgesehene zusätzliche Betreuungskraft

Name	Qualifikation	Wochenarbeitszeit

**Der Beginn der ESB richtet sich nach der Einstellung der Zusatzkraft. Betreuungszeiten vor der Einstellung einer Zusatzkraft können vom Träger der Sozialhilfe nicht übernommen werden.**

Formular-Nr. 31148  
Stand: 07/2016

Datum    Stempel    Unterschrift des Trägers