

## Beschäftigungsnachweis 2016 (Fachberatung)



Dok.- Nr. gemäß Zuwendungsbescheid

Hiermit bestätigen wir, dass

Herr / Frau            Vorname

Nachname

im Jahr 2016 in der Zeit vom

bis

bei unserem Träger im Rahmen des Bundesprogramms „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ als zusätzliche Fachberaterin / als zusätzlicher Fachberater sozialversicherungspflichtig beschäftigt war.

Die Eingruppierung der Fachberatung erfolgte in bzw. analog TVöD: 17                      S15

Der Beschäftigungsumfang im Programm betrug mindestens 19,5 Wochenstunden.

Lagen im o.a. Zeitraum nachfolgende Sachverhalte vor?

- |                                                                                                          |    |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| a) Erkrankung der Fachberatung mit Lohnfortzahlung durch Dritte (in der Regel ab der 7. Krankheitswoche) | ja | nein |
| b) Beschäftigungsverbot / Mutterschutz                                                                   | ja | nein |
| c) unbezahlter Urlaub                                                                                    | ja | nein |

Auflistung der Zeiträume (a bis c) - Zeiten ohne Anspruch auf die Förderung:

Aufgaben der zusätzlichen Fachberatungsstelle waren insbesondere: - Begleitung der zusätzlichen Fachkräfte für sprachliche Bildung, Kita-Leitungen und der Kita-Teams inhouse mit dem Ziel, die Qualität der Einrichtungen zu erhöhen, - Qualifizierung der Tandems aus zusätzlichen Fachkräften und Kita-Leitungen zu den Handlungsfeldern des Programms unter Berücksichtigung des Wechselspiels von Theorie, Praxis- und Reflexionsphasen sowie die Koordination von externen Fortbildungen/Qualifizierungen, - Förderung von Teambildungsprozessen, - Unterstützung der Einrichtungen bei der Konzeptentwicklung in den Bereichen sprachliche Bildung, Zusammenarbeit mit Familien und inklusive Bildung, - Organisation des Austauschs mit den zusätzlichen Fachkräften in den Einrichtungen des Verbundes und Mittlerfunktion zwischen verschiedenen anderen Akteuren.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Trägers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Fachberaterin / d. Fachberaters

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben