Dok.- Nr.:

Bundesprogramm Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist

Bestätigung des Trägers der Fachberatung

Träger der Fachberatung:

Ansprechpartner / -in:

Straße / Hausnr.: / **E-Mail:**

PLZ / Ort: **Telefon:**

Hiermit bestätige ich, dass ich im Rahmen des Bundesprogrammes - im Falle der Bewilligung - die Fachberatung für einen Verbund von geförderten Einrichtungen umsetzen werde.

Aufgaben der zusätzlichen Fachberatung sind insbesondere:

- Begleitung der zusätzlichen Fachkräfte für sprachliche Bildung, der Kita-Leitungen und der Kita-Teams inhouse, mit dem Ziel, die Qualität in den 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 Konzept- bzw. Konzeptionsentwicklung im Bereich sprachliche Bildung, inklusive Pädagogik und Zusammenarbeit mit den Familien, sowie Rückkoppelung der Prozesse an die für die Einrichtungen zuständigen Fachberatungen der jeweiligen Träger,
- Organisation des Austauschs mit den zusätzlichen Fachkräften in den Einrichtungen des Verbundes und Mittlerfunktion zwischen verschiedenen anderen Akteuren.

Mit nachfolgenden Einrichtungen wurde im Rahmen des Bundesprogramms ein Verbund zur Umsetzung der Fachberatung gebildet. (Bitte alle Einrichtungen des Verbundes aufführen.) Für Einrichtungen, welche nicht beim Träger der Fachberatung angesiedelt sind, wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

1 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

Straße / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

2 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

Straße / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

3 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

Straße / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

4 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

Straße / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

5 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

6 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

7 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

8 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

9 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

10 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

11 Name des Trägers:

Name der Einrichtung:

Einrichtungsnummer: Ansprechpartner / -in:

StraÇe / Hausnr. (Einrichtung): / E-Mail:

PLZ / Ort (Einrichtung): Telefon:

12	Name des Trägers:			
	Name der Einrichtung:			
	Einrichtungsnummer:		Ansprechpartner/-in:	
	StraÇe / Hausnr. (Einrichtung):	/	E-Mail:	
	PLZ / Ort (Einrichtung):		Telefon:	

13	Name des Trägers:			
	Name der Einrichtung:			
	Einrichtungsnummer:		Ansprechpartner/-in:	
	StraÇe / Hausnr. (Einrichtung):	/	E-Mail:	
	PLZ / Ort (Einrichtung):		Telefon:	

14	Name des Trägers:			
	Name der Einrichtung:			
	Einrichtungsnummer:		Ansprechpartner/-in:	
	StraÇe / Hausnr. (Einrichtung):	/	E-Mail:	
	PLZ / Ort (Einrichtung):		Telefon:	

15	Name des Trägers:			
	Name der Einrichtung:			
	Einrichtungsnummer:		Ansprechpartner/-in:	
	StraÇe / Hausnr. (Einrichtung):	/	E-Mail:	
	PLZ / Ort (Einrichtung):		Telefon:	

16	Name des Trägers:			
	Name der Einrichtung:			
	Einrichtungsnummer:		Ansprechpartner/-in:	
	StraÇe / Hausnr. (Einrichtung):	/	E-Mail:	
	PLZ / Ort (Einrichtung):		Telefon:	

Die Aufgaben der zusätzlichen Fachberatung sind personell klar von Aufgaben der Dienstaufsicht getrennt. D.h. die im Rahmen des Bundesprogramms beschäftigte Fachberatung ist nicht mit Aufgaben der Dienstaufsicht betraut. Dies gilt auch für einen die projektbezogenen 19,5 Wochenstunden übersteigenden Beschäftigungsanteil.

Das Beratungsangebot richtet sich nach dem jeweiligen Unterstützungsbedarf der Einrichtung. Jede Einrichtung wird mindestens alle sechs Wochen von der zusätzlichen Fachberatung besucht.

Die Fachberatung selbst nimmt an den Qualifizierungen des Bundesprogramms sowie an den regionalen Netzwerktreffen teil.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben stehenden Angaben.

Datum, Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift und Stempel des Trägers