







Antrag auf Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF)

Antragsteller:

Frühförderstelle		Träger	
			
			
			
Leiter/-in:		Geschäftsführer/-in:	

Beantragter Leistungsbeginn: _____

Institutskennzeichen (IK): _____

zu beantragen bei: **Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin**

Personelle, räumliche und sächliche Ausstattung

A - Personalausstattung

Pädagogischer Bereich

Leiter/-in der IFF

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Qualifikation	evtl. Zusatzqualifikation
Festanstellung	Anzahl der Wochenstunden

Weiteres pädagogisches Fachpersonal:

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Qualifikation	evtl. Zusatzqualifikation
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Qualifikation	evtl. Zusatzqualifikation
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Qualifikation	evtl. Zusatzqualifikation
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Qualifikation	evtl. Zusatzqualifikation
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Medizinisch-therapeutischer BereichKrankengymnast/-in; Physiotherapeut/-in

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Zusatzqualifikation	Bobath-Kinder <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/>
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Zusatzqualifikation	Bobath-Kinder <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/>
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Ergotherapeut/-in

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Logopäde/-in

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Name	Vorname
	Geburtsdatum
Festanstellung (mind. 20 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>	Honorarvertrag (mind. 10 Wo.-Std.) <input type="checkbox"/>

Die nachfolgenden Nachweise über die persönlichen Voraussetzungen des pädagogischen und des medizinisch-therapeutischen Fachpersonals sind in Kopie beigefügt

- Erlaubnisse zur Führung der Berufsbezeichnung
Anzahl
- Zertifikatsfortbildungen für Physiotherapeuten (Bobath-Kinder, Vojta)
Anzahl
- amtliche polizeiliche Führungszeugnisse nicht älter als 5 Jahre, bei Neueinstellungen
nicht älter als 6 Monate
Anzahl.....
- Stellenplan (Anstellungsverträge / Honorarverträge werden bei örtlicher Prüfung
eingesehen)

B - Räumliche Ausstattung

Eine maßstabsgerechte Skizze der Räumlichkeiten ist beigelegt.

Die IFF ist in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt	<input type="checkbox"/>
Toilette und Handwaschbecken sind vorhanden	<input type="checkbox"/>
Verbandskasten für Erste Hilfe ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Verschlusssicherheit der Patientendokumentation ist gegeben	<input type="checkbox"/>
Raum für Verwaltung ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Büroraum für Mitarbeiterinnen ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit für Spielmaterial und Tests ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Konferenz-, Aufenthalts- und Besprechungsraum ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Wartebereich ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Raum für Archiv und Akten ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
Parkplätze für Dienstfahrzeuge sind vorhanden	<input type="checkbox"/>

Größe der Therapieräume:

Mehrzweckraum (Mindestfläche 30 m²): _____ m²

Therapieräume (Mindestgröße je 20 m²)

Fachrichtung:	1. Raum / m ²	2. Raum / m ²
Heilpädagogik		
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		

Die Raumhöhe beträgt durchgehend mindestens 2,40 m lichte Höhe	<input type="checkbox"/>
Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie beheiz- und beleuchtbar	<input type="checkbox"/>
Alle Räume sind mit trittsicheren, leicht aufzuwischenden und / oder desinfizierbaren Fußböden ausgestattet	<input type="checkbox"/>

C - Sächliche Ausstattung

Heilpädagogik

Art des Spiel-, Beschäftigungs- und Fördermaterials:

.....

.....

.....

.....

Physiotherapie

- geeignete Behandlungsliege
- Therapiematten
- Laken
- Tücher
- Lagerungskissen
- Polster
- Decken
- Gymnastikhocker
- Spiegel
- Übungsgeräte (Bälle, Keulen, Stäbe, Hanteln, andere)
- Aufrichtungshilfen
 - Sprossenwand
 - Treppen
 - geeignetes Mobiliar zum Steigen
 - andere:

Ergotherapie

- Therapiematte oder -liege
- Arbeitstisch und Arbeitsstuhl, adaptierbar
- Spiegel
- Psychomotorisches Übungsmaterial
- Werkzeug und Material für
 - Papp- und Papierarbeiten
 - graphisches Arbeiten
 - Modellierarbeiten
 - textile Techniken, Webarbeiten
 - Holzarbeiten
 - andere:
- Funktionelles Spielmaterial zur taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung

Logopädie.

- Artikulationsspiegel
- Diagnostikmaterial
- Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z. B. Liege, Matte)
- Therapeutisches Bild- und Spielmaterial
- Material zur auditiven, visuellen, taktilen und taktil-kinästhetischen Wahrnehmung

Die sächliche und räumliche Ausstattung der Therapieräume entspricht den Anforderungen der Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen in vollem Umfang und ist zur Erbringung von Komplexleistungen im Rahmen der Frühförderung geeignet.

Mir/uns ist bekannt, dass die Arbeitsstelle Frühförderung unter Hinzuziehung der Rehabilitationsträger zur Überprüfung der Betriebsausstattung eine Vorortbegehung der IFF durchführen kann.

Die Rahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24.06.2003 ist mir/uns bekannt.

Ich/wir erkenne/n diese in ihrer jeweils gültigen Fassung als verbindlich an.

Mir/uns ist bekannt, dass falsche Angaben zum Widerruf der Berechtigung für die Erbringung und Abrechnung von Komplexleistungen gemäß FrühV führen können und, dass ich/wir ohne die erteilte Berechtigung keine Komplexleistung erbringen darf/dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers der IFF

Personalübersicht – Fachkräfte IFF

Anschrift der IFF		Meldung zum Stichtag	
		Unterschrift / Träger IFF	

- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -	- 9 -
Name, Vorname	Geb. jahr	eingestellt am	Qualifikation	Datum der Anerkennung	Arbeitsrechtlicher Status (AV bzw. HV)	Wochenarbeitszeit	Führungszeugnis ausgestellt am	Unterschrift Mitarbeiter