



## **Wichtige Informationen zum Antrag auf Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII**

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen ersten Überblick über die Abläufe des Verfahrens, die Anspruchsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII sowie über den Grundsatz der Nachrangigkeit der Jugendhilfe geben.

Antragsberechtigt sind der/die personensorgeberechtigte(n) Elternteil(e), die leistungsberechtigte Person ab Vollendung des 15. Lebensjahres, der Vormund bzw. der/die junge Volljährige.

Um die individuell geeignete Hilfeform zu finden, sind wir darauf angewiesen, dass Sie uns die dafür notwendigen Informationen geben. Bitte beachten Sie die Liste der notwendigen Unterlagen auf Seite 4 des Antrages!

Des Weiteren ist es notwendig andere Personen (z.B. Ärzte) oder Einrichtungen (z.B. Schule) aus Ihrem Umfeld um Informationen zu bitten. Dies geschieht nur mit Ihrem Einverständnis! Aus diesem Grund finden Sie am Ende dieses Antrages die sogenannte Schweigepflichtentbindungserklärung.

Es ist sehr wichtig, dass Sie uns während des Antragsverfahrens und der laufenden Hilfestellung alle Änderungen Ihrer persönlichen Verhältnisse (z.B. Umzug, Sorgerechtsänderung u.ä.) frühzeitig mitteilen.

### **Voraussetzungen der Eingliederungshilfe**

Voraussetzung für eine Leistungsgewährung nach § 35a SGB VIII ist, dass das Kind oder der Jugendliche **seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht** ist. Das ist in der Regel dann der Fall, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

*Voraussetzung 1:* Die seelische Gesundheit des Kindes oder des Jugendlichen weicht mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand ab **und**

*Voraussetzung 2:* daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Für die **Abweichung der seelischen Gesundheit (Voraussetzung 1)** ist eine Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, erforderlich.

**Wie stark dadurch die soziale Teilhabe beeinträchtigt ist (Voraussetzung 2) und ob daher eine seelische Behinderung droht bzw. vorliegt, stellt die Fachkraft des Jugendamtes im Rahmen des Antragsverfahrens fest.**

Hierzu haben wir dem Antrag eine Vorlage für einen Schulbericht beigelegt, den Sie bitte ausgefüllt an uns zurücksenden. Ebenso befindet sich im Anhang ein ausführlicher Elternfragebogen, der ebenfalls ausgefüllt an uns zurückgegeben werden muss.

Außerdem möchten wir ihr Kind natürlich auch persönlich kennenlernen. Wenn die erforderlichen Unterlagen vorliegen, können wir hierzu einen Termin vereinbaren. Das Jugendamt wird dann auf der Grundlage der vorliegenden Informationen die Diagnostik darüber abschließen, ob die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilfe nach § 35a SGB VIII vorliegen. Nachdem über den Antrag entschieden wurde, erhalten Sie einen schriftlichen Bescheid vom Jugendamt.

**Ich mache darauf aufmerksam, dass eine Kostenübernahme frühestens ab Eingang des Antrages beim Landkreis Cloppenburg erfolgen kann.**

### **Grundsatz der Nachrangigkeit der Jugendhilfe**

Bei den Leistungen im Rahmen der Hilfen gem. § 35a SGB VIII ist insbesondere der Grundsatz der Nachrangigkeit gegenüber anderen Leistungsträgern und Hilfemaßnahmen zu prüfen:

Jugendhilfe kann nur dann gem. § 35a SGB VIII gewährt werden, wenn unter anderem die Leistungen anderer Leistungsverpflichteter nicht ausreichend sind, um die drohende seelische Behinderung zu mindern oder zu beheben.

Vorrangige Leistungen können sein:

- Krankenkassenabrechnungsfähige Maßnahmen (z.B. Psycho-/Verhaltens- oder Spieltherapie, psychomotorische Übungsbehandlungen, Ergotherapie zur Förderung der Koordination und Wahrnehmung, Krankengymnastik, Heilpädagogik)
- Maßnahmen der Schule (z.B. Förderunterricht): hierzu verweisen wir auf den Erlass zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen. Sollten Sie hierzu Fragen haben, setzen Sie sich bitte direkt mit der Schule ihres Kindes in Verbindung.

### **Eine Bitte zum Schluss:**

Wir streben eine enge und zuverlässige Zusammenarbeit aller Beteiligten an und bitten um Ihre aktive Mitwirkung. Je offener und vertrauensvoller wir zusammenarbeiten, desto größer sind die Chancen, die individuell zu vereinbarenden Ziele der Hilfe zu erreichen. Wir möchten unseren Beitrag leisten, Ihrem Anspruch auf Hilfe sowohl fachlich als auch menschlich gerecht zu werden.

<u>Name, Vorname Antragsteller/in</u>	
<u>Anschrift</u>	<u>Telefon</u>
	<u>E-Mail-Adresse</u>

Landkreis Cloppenburg  
 51 - Jugendamt  
 Postfach 14 80  
 49644 Cloppenburg

**Antrag**  
**auf Gewährung**  
**von Eingliederungshilfe gemäß**  
**§ 35a SGB VIII i. V. m. §§ 53, 54 SGB XII**  
**- Autismustherapie -**

für mein/unser Kind

<u>Name, Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u>
<u>Schule</u>	<u>Klasse</u>

Grund der Antragstellung:

<input type="checkbox"/> Autismustherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:

## I. Persönliche Verhältnisse

	des Kindes	der Mutter	des Vaters
Name und Vorname			
Wohnort und Anschrift			
Geburtstag			
Familienstand	<i>(hier angeben, ob ehelich, nicht-ehelich oder adoptiert)</i>		
Staatsangehörigkeit			
Beruf			
Arbeitgeber, Rententräger oder sonstige zahlende Stelle			

### Sorgerecht

Wer hat das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere, wer?
Bei welchem Elternteil lebt Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> anderen, wer?

### Eltern ausländischer Herkunft/Aussiedlerfamilien

Herkunftsland Mutter				
Herkunftsland Vater				
Seit wann lebt	<input type="checkbox"/> die Familie	<input type="checkbox"/> die Mutter	<input type="checkbox"/> der Vater in der BRD?	
Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittelmäßige	<input type="checkbox"/> gute
Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittelmäßige	<input type="checkbox"/> gute
Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von		bis
Wird in der Familie Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> eher wenig	<input type="checkbox"/> überwiegend

### Weitere Kinder im elterlichen Haushalt/außerhalb des elterlichen Haushalts

Name und Vorname	Schule/Beruf	Wohnort

## II. Wurde für Ihr Kind Hilfe von einem Jugendamt oder Sozialamt gewährt?

Von	bis	durch welches Amt	Art der Hilfe

## III. Gesundheitliche Verhältnisse

Welche Erkrankungen <b>hat</b> Ihr Kind?  * Art der Schwäche/Erkrankung	<input type="checkbox"/> Hörschwäche *	<input type="checkbox"/> Allergien/Asthma
	<input type="checkbox"/> Sehschwäche *	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen *	<input type="checkbox"/> Körper/Gliedmaßen *
	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> andere, welche?

### Pflegebedürftigkeit

Wurde durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) bereits ein Gutachten zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit Ihres Kindes festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad (1-5): → Bitte den <u>aktuellen</u> Bescheid über den Pflegegrad beifügen!
Wurde wegen Veränderung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes eine Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Schwerbehindertenausweis

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis oder wurde einer beantragt?	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor, wurde am beantragt am: <input type="checkbox"/> liegt vor:      Merkzeichen: Grad der Behinderung: Gültig bis:
---	--

### Fachärztliche Stellungnahme

Die erforderliche fachärztliche Stellungnahme	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor. <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor. Der Arzttermin fand am / findet am      statt. <input type="checkbox"/> liegt vor und dem Antrag als Anlage bei.
---	--

**Bei Beantragung einer Autismustherapie unbedingt beifügen:**

1. Fachärztliche Stellungnahme (nicht älter als zwei Jahre)
  - eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
  - eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt.
2. Schulbericht und Förderpläne
3. Elternfragebogen
4. Beratungsgutachten zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs \*
5. Schreiben der Landesschulbehörde (Entscheidung über weiteren Schulbesuch) \*
6. Schreiben/Bericht Förderkommission \*
7. Berichte über derzeitige/frühere Behandlungen/Therapien/Untersuchungen (z. B. Frühförderung, Sprachtherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik, Psychotherapie, Verhaltenstherapie)\*
8. Bericht Schulpsychologe \*
9. Pflegegutachten \*
10. Sonstige Untersuchungsbefunde

\* soweit vorhanden

Der Antrag kann erst dann abschließend bearbeitet werden, wenn alle **für Ihr Kind zutreffenden Unterlagen** vollständig hier vorliegen! Der Schulbericht sollte zum Zeitpunkt der Antragsbearbeitung aktuell sein. Reichen Sie diesen gerne erst gemeinsam mit der fachärztlichen Stellungnahme nach.

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.  
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, die zur Durchführung der Hilfe notwendig sind an beteiligte Stellen weitergegeben werden können.  
Ich bin/wir sind eingehend beraten worden, haben die Informationen für die Gewährung von Jugendhilfe zur Kenntnis genommen und mache(n) den o.g. Leistungsanspruch gegenüber dem Jugendamt unter den mir/uns erläuterten Voraussetzungen geltend.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter und/oder des sorgeberechtigten Vaters oder des Vormundes</b>

# Schweigepflichtentbindung

<u>Name, Vorname Antragsteller/in</u>	
<u>Anschrift</u>	<u>Telefon</u>
	<u>E-Mail-Adresse</u>

Hiermit entbinde ich/wir folgende Personen/Institutionen gegenüber den zuständigen Mitarbeitern des Jugendamtes Cloppenburg von ihrer Schweigepflicht gem. § 203 StGB:

<b>Institution</b>	<b>Mitarbeitende (Hauptansprechpartner und Vertreter:in)</b>
(Schule)	
(Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in)	
(Hausarzt / Facharzt)	
(Weitere)	

Die Schweigepflichtentbindung betrifft folgendes Kind / folgende Kinder:

<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>

und dient **ausschließlich** zum Austausch von Informationen und Entscheidungen zur beantragten Hilfe nach § 35a SGB VIII (**Eingliederungshilfe**). Hierzu zählt auch die Herausgabe von ärztlichen / fachärztlichen Stellungnahmen an die zuständige Sachbearbeiterin / den zuständigen Sachbearbeiter des Jugendamtes des Landkreises Cloppenburg. Weiterhin sind/bin wir/ich damit einverstanden, dass unser/mein Kind im Rahmen der Hospitation im Unterricht beobachtet werden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter und/oder des sorgeberechtigten Vaters oder des Vormundes</b>

<u>Name, Vorname Antragsteller/in</u>	
<u>Anschrift</u>	<u>Telefon</u>
	<u>E-Mail-Adresse</u>

Landkreis Cloppenburg  
51 – Jugendamt  
Postfach 14 80  
49644 Cloppenburg

## Elternfragenbogen

(Anlage zum Antrag auf Gewährung einer **Autismustherapie** gem. § 35a SGB VIII)

für mein/unser Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum
Schule	Klasse

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes zu erhalten, sind Ihre Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



### Sprachliche Entwicklung

Ihr Kind....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sprach lange wenige/gleiche Wörter         | <input type="checkbox"/> hat einen geringen Wortschatz                             |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr undeutlich                     | <input type="checkbox"/> spricht undeutlich  |
| <input type="checkbox"/> sprach kaum oder gar nicht                 | <input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr langsam                        | <input type="checkbox"/> spricht überstürzt; verschluckt verstellt Laute           |
| <input type="checkbox"/> konnte einfache Sätze nicht richtig bilden | <input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd                        |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr viel                           | <input type="checkbox"/> spricht oft leise und unsicher                            |
| <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten:                    |  |

Wurde bereits eine Lerntherapie durchgeführt?

- nein       ja, seit \_\_\_\_\_ von wem?

Sprachtherapie

- nein       ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

TherapeutIn:

Welche weiteren Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher durchgeführt?

von wem? \_\_\_\_\_ welche?  
durchgeführt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von wem? \_\_\_\_\_ welche?  
durchgeführt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von wem? \_\_\_\_\_ welche?  
durchgeführt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sind in nächster Zeit Untersuchungen geplant?

Welche? \_\_\_\_\_ Termin am: \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_ Termin am: \_\_\_\_\_

### **III. Erziehung**

Ihr Kind wurde bisher vorwiegend erzogen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> von der Mutter           | <input type="checkbox"/> von dem Vater                           |
| <input type="checkbox"/> von den Eltern gemeinsam | <input type="checkbox"/> von den Großeltern oder Schwiegereltern |
| <input type="checkbox"/> von _____                |  |

Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?

- ja       häufig uneinig, weil \_\_\_\_\_

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/einem Elternteil?

nein  ja, welche

Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern?

überwiegend gut  häufig Streit, wegen

#### IV. Besondere Ereignisse

<input type="checkbox"/> Tod der Mutter/Großmutter			Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> Tod des Vaters/Großvaters			Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> Tod eines Geschwisters			Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> Trennung der Eltern			Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> Trennung von Geschwistern			Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind			seit
<input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister
	<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/> Großvater	Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in einer Wohngruppe			von/bis
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie			von/bis
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel	von	nach	Alter des Kindes
	von	nach	Alter des Kindes
	von	nach	Alter des Kindes
<input type="checkbox"/> andere, welche?			

#### V. Kindergarten

Kinderkrippe und Regelkindergarten	von	bis
Sprachheilkindergarten	von	bis
Heilpädagogischer Kindergarten	von	bis

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

im Allgemeinen ja  nein, weil

Wie verhielt sich Ihr Kind im Kindergarten?

unauffällig  auffällig, weil

besuchte keinen Kindergarten, weil

## VI. Schule

Schulverlauf	Vorschule	von	bis
	altersgemäße Einschulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vorzeitige Einschulung	wann	warum
	Rückstellung	wann	warum
	Sprachheilklasse	von	bis
	andere Beschulung, welche?		
	Wiederholung der Klasse	auf <input type="checkbox"/> Elternwunsch	<input type="checkbox"/> Anraten der Schule
	Schulwechsel	wann	warum
	zeitweise kein Schulbesuch, weil		

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja                       nein                       hat große Angst vor der Schule

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?

ja                       fehlt oft, weil  
 kommt häufig zu spät                       schwänzt

Mag Ihr Kind seine Klassenlehrerin/seinen Klassenlehrer?

ja                       nein, weil

Fühlt sich Ihr Kind im Klassenverband wohl?

ja                       nein, weil

Hat Ihr Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja                       nein, weil

Ist das Verhältnis Ihres Kindes zu seinen Mitschülern/zu einigen Mitschülern gestört?

nein                       ja, weil

Ist das Verhältnis Ihres Kindes zu einem oder mehreren Lehrern gestört?

nein                       ja, weil

Ist Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

ja                       nein, weil

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen Ihres Kindes als auffällig beurteilt?

nein                       ja, welche

Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer

Ist Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

- ja  
 nein, weil

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen Ihres Kindes als auffällig beurteilt?

- nein  
 ja, welche

Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind Nachhilfe?

- nein                       ja, durch häusliches Üben                       ja, durch externe Nachhilfe

Bekommt Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule (z.B. gesonderte individuelle Aufgaben, Aussetzen der Note, stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen, Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen)

- ja, durch                      mit                      Stunden in der Woche

Wie viel Zeit benötigt Ihr Kind für die Hausaufgaben?

ungefähr tägl.                      Stunden

Wie erledigt Ihr Kind seine schulischen Aufgaben?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an               | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden         |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbständig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen      |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig       | <input type="checkbox"/> arbeitet langsam                              |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig               | <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert |
| <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert             | <input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert                  |
| <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe                | <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe                          |
| <input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben    | <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv                    |
| <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen      | <input type="checkbox"/> anders, wie                                   |

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- nein                       gelegentlich                       ja, durch

Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nicht anders als sonst               | <input type="checkbox"/> ruhig und gelassen                                   |
| <input type="checkbox"/> schläft am Abend vorher schlecht ein | <input type="checkbox"/> ist morgens übel                                     |
| <input type="checkbox"/> ist mehrere Tage vorher aufgereggt   | <input type="checkbox"/> verschweigt oft bevorstehende Klassenarbeiten        |
| <input type="checkbox"/> verschweigt bevorstehende Arbeiten   | <input type="checkbox"/> stellt sich krank, um sich vor der Arbeit zu drücken |
| <input type="checkbox"/> sonstiges:                           |   |

## VII. Verhalten des Kindes

Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu den Geschwistern?

- gut  
 häufig Streit wegen

Verbringt Ihr Kind seine/ihre Freizeit außerhalb des Elternhauses?

- selten  gelegentlich  
 häufig  meistens

Ihr Kind ist lieber

- für sich allein  zusammen mit jüngeren Kindern  
 zusammen mit gleichaltrigen Kindern  zusammen mit älteren Kindern

Hat Ihr Kind Freundinnen/Freunde?

- nein  ja, wie viele?  
 eine besondere Freundin/einen besonderen Freund  
 schnell wechselnde Freundschaften

Wie verhält sich Ihr Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- geht auf andere Kinder zu  verhält sich anderen Kindern gegenüber rücksichtslos  
 wird schnell einbezogen/ist beliebt  kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen  
 kann gut mit anderen zusammen spielen  neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen  
 will meistens im Mittelpunkt stehen  hält sich nicht an Regeln und Abmachungen  
 bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein  gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten zurück  
 wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in  geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein  
 will meistens bestimmen/Anführer/in sein  schimpft und schlägt schnell  
 stört, ärgert andere Kinder oft  anders, wie?

Kann Ihr Kind Freundschaften entwickeln und pflegen?

- nein  ja

Kann Ihr Kind mit Fremden in Kontakt treten?

- nein  ja

Hat Ihr Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

- nein  
 ja, welche?

Zeigt Ihr Kind Verhaltensweisen, die auf Autismus zurückzuführen sind?

- nein  
 ja, welche?

Unter welchen Umständen, in welchen Situationen treten diese Verhaltensweisen auf?

Ist Ihr Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

- nein  zurzeit nicht, war schon mal  
 ja, seit

Hat Ihr Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- nein  ja, welchen?

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft?

Seit wann (Alter Ihres Kindes) beobachten Sie das auffällige Verhalten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen                    | <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmungen               |
| <input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv           | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten |
| <input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung    | <input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst                  |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen            | <input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken      |
| <input type="checkbox"/> hilfsbereit                     | <input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung               |
| <input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindsam | <input type="checkbox"/> selbständig/verantwortungsbewusst           |
| <input type="checkbox"/> freundlich/lieb                 | <input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich                         |
| <input type="checkbox"/> häufig aggressiv                | <input type="checkbox"/> verbale und/oder körperliche Aggression     |
| <input type="checkbox"/> Zerstörungswut                  | <input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten            |
| <input type="checkbox"/> aktiv/kreativ                   | <input type="checkbox"/> große Angst vor/bei                         |
| <input type="checkbox"/> anpassungsfähig                 | <input type="checkbox"/> Lügen                                       |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheu/Einzelgängertum    | <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich                       |
| <input type="checkbox"/> Stehlen                         | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten                    |
| <input type="checkbox"/> andere, welche?                 |  |

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Wie geht Ihr Kind mit Frustrationen und Stress um?

Kann Ihr Kind mit Kritik angemessen umgehen?

- nein  ja

#### Mediennutzung

Welche Medien nutzt Ihr Kind?

- Fernseher  Handy  Laptop/PC  Spielekonsole

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Medien täglich?

- keine                       0 bis 30 Minuten                       1 – 2 Stunden                       mehr als 2 Stunden

Wird Medienzeit zur Belohnung oder zur Sanktion eingesetzt?

- nein     ja

Wann geht Ihr Kind abends schlafen?

- 19:00 Uhr – 20:00 Uhr                       20:00 Uhr – 21:00 Uhr  
 21:00 Uhr – 22:00 Uhr                       später, warum?

Wie selbstständig ist Ihr Kind? Ist es auf Unterstützung (bspw. beim An- und Auskleiden, bei der Körperhygiene, beim Essen, Toilettengang etc.) angewiesen?

Inwiefern gelingt eine altersangemessene Strukturierung und Organisation des Alltags?

Wie geht Ihr Kind mit neuen Situationen um?

Kann Ihr Kind auf die eigene Sicherheit achten / Gefahren sehen?

- nein     ja

## **VIII. Einschätzung der Eltern**

Inwieweit beeinflusst der Autismus den Alltag der Familie?

Erfährt Ihr Kind selbst Beeinträchtigungen über das gezeigte Verhalten und die Reaktionen des Umfeldes?

Welche Reaktionen zeigt das soziale Umfeld auf die Beeinträchtigungen/Verhaltensweisen?

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind mit der Autismustherapie erreichen?

Welche Erwartungen haben Sie an die Autismustherapie?

### Antragstellung

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gemäß § 35a SGB VIII aufmerksam gemacht?

Hatten Sie bereits Kontakt zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes?

- nein  ja, wann?  
 mit

Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

- nein  ja von bis  
von bis

welche?

### Anmerkungen

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Mutter  Vater  beiden Eltern  von

am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2

**Diesen Fragebogen bitte zur Bearbeitung an die Schule weiterleiten!**

Name und Anschrift der Schule

Landkreis Cloppenburg  
51 – Jugendamt  
Postfach 14 80  
49644 Cloppenburg

**Schulbericht zum Erstantrag auf Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII  
(Autismustherapie)**

Name des Kindes	Vorname des Kindes
Anschrift	
Klassenlehrer:in	
Telefon Klassenlehrer:in	E-Mail Klassenlehrer:in
Klasse	In diese Schule eingeschult am
Klassenfrequenz (Mädchen Jungen )	

Zu welchen Zeiten sind telefonische Rücksprachen möglich (Pausenzeiten, evtl. privat)?

Vorher besuchte Schulen (Name, von – bis)

Fehlzeiten (Gründe dafür, soweit bekannt)

## **1. Basale Funktionen**

### **1.1 Körperliche Auffälligkeiten**

ja       nein

Wenn ja, welche:

### **1.2 Somatische Beschwerden**

ja       nein

Wenn ja, welche:

### **1.3 Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrkräften**

	ja	nein
Eltern nehmen an schulischen Beratungsgesprächen teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern nehmen ihrerseits Kontakt zu Lehrkräften auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absprachen zwischen Lehrkräften und Eltern sind möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **2. Klassensituation**

### **2.1 Klassenfrequenz** (Mädchen      Jungen      )

Es unterrichten insgesamt      Lehrkräfte in der Klasse.

Klassen-/FachlehrerInnenwechsel (Schuljahr/Fach)

Sonstige Unterstützungskräfte in der Klasse (pädagogische Mitarbeiter o.ä.)

## **3. Sozialverhalten der Schülerin / des Schülers**

### **3.1 Wie verhält sich der Schüler/ die Schülerin in sozialen Situationen?**

(z.B. Kontakt zu Klassenkameraden, zum Lehrpersonal, im Unterricht, in der Pause, im Einzelkontakt, im Gruppenkontakt)

### **3.2 Zeigt der Schüler/ die Schülerin in sozialen Situationen besondere Auffälligkeiten?**

(z.B. ausgeprägte soziale Unsicherheit, Rückzug aus sozialen Kontakten, Einzelgänger/in, starke Aggressivität, geringe Anpassungsfähigkeit, Überanpassung)

### **3.3 Ist der Schüler/die Schülerin in die Klassengemeinschaft integriert? Wie verhalten sich die Mitschüler gegenüber dem Schüler/ der Schülerin?**

#### **4. Lern- und Leistungsverhalten**

##### **4.1 Bestehen beim Schüler/ bei der Schülerin Schwierigkeiten in der Lernentwicklung (wenn ja, bitte beschreiben)**

z.B. Arbeitsverhalten, Konzentrationsfähigkeit, Ablenkbarkeit, Leistungsmotivation, motorische Unruhe, Versagensängste

##### **4.2 Bestehen Auffälligkeiten im Sportunterricht (z.B. Körperkoordination, Gleichgewicht, Raumlage-Wahrnehmung, Sozialverhalten)**

#### **5. Schulische Fördermaßnahmen**

##### **5.1 Hat bei der Schülerin/dem Schüler in den vergangenen Schuljahren Förderung stattgefunden?**

im Rahmen des Förderunterrichts in den Lernbereichen

##### **Art/Inhalte der Fördermaßnahme, Stundenumfang, Lerngruppengröße**

im Rahmen der Binnendifferenzierung in den Lernbereichen

nein, war aufgrund ausreichender -Leistungen nicht erforderlich

nein, weil

##### **5.2 Wird die Schülerin/der Schüler im laufenden Schuljahr gefördert?**

im Rahmen der Binnendifferenzierung in den Lernbereichen

nein, war aufgrund ausreichende Leistungen nicht erforderlich

im Rahmen des Förderunterrichts in den Lernbereichen

Anzahl der Förderstunden

Anzahl der Schüler/innen

Inhaltliche Schwerpunkte der Fördermaßnahme

##### **Lern/Arbeitsverhalten der Schülerin/des Schülers während der Förderung**

(selbstständiges Arbeiten, Bereitschaft zur Mitarbeit, Konzentrationsfähigkeit, Ablenkbarkeit, motorische Unruhe, Leistungsmotivation, Versagensängste)

**5.3 Kommt eine Klassenwiederholung in Betracht?**

- nein,
- ja, zum

**5.4 Kommt eine Überprüfung zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs in Betracht?**

- nein,
- im Schuljahr        wurde bereits eine Überprüfung durchgeführt,  
**bitte Gutachten als Anlage beifügen**
- ja, im Förderbereich

**6. Ziele der Autismustherapie aus Sicht der Schule**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift  
Klassenlehrer/in

-----  
Unterschrift  
Schulleiter/in