



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

Name, Vorname	Geburtsdatum
Schule	Klasse

Grund der Antragstellung:

☐ Autismustherapie ☐ Sonstiges:	

I. Persönliche Verhältnisse

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

Sorgerecht

Wer hat das Sorgerecht?	☐ Mutter	☐ Vater	☐ andere, wer?
Bei welchem Elternteil lebt Ihr Kind?	☐ Mutter	☐ Vater	☐ anderen, wer?

Eltern ausländischer Herkunft/Aussiedlerfamilien

Herkunftsland Mutter				
Herkunftsland Vater				
Seit wann lebt	☐ die Familie	☐ die Mutter	☐ der Vater in der BRD?	
Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?	☐ keine	☐ geringe	☐ mittelmäßige	☐ gute
Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?	☐ keine	☐ geringe	☐ mittelmäßige	☐ gute
Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?	☐ nein	☐ ja, von		bis
Wird in der Familie Deutsch gesprochen?	☐ gar nicht	☐ kaum	☐ eher wenig	☐ 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 hat Ihr Kind? * Art der Schwäche/Erkrankung	☐ Hörschwäche * ☐ Sehschwäche * ☐ Bewegungsstörungen * ☐ keine	☐ Allergien/Asthma ☐ Neurodermitis ☐ Körper/Gliedmaßen * ☐ andere, welche?
---	--	--

Pflegebedürftigkeit

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

Schwerbehindertenausweis

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis oder wurde einer beantragt?	☐ liegt nicht vor
	☐ liegt noch nicht vor, wurde am beantragt am:
	☐ liegt vor: Merkzeichen: Grad der Behinderung:
	Gültig bis:

Fachärztliche Stellungnahme

Die erforderliche fachärztliche Stellungnahme	☐ liegt nicht vor.
	☐ liegt noch nicht vor. Der Arzttermin fand am / findet am statt.
	☐ 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.

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

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:

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

Die Schweigepflichtentbindung betrifft folgendes Kind / folgende Kinder:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

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.

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

<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 **A u t i s m u s t h e r a p i e** 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.

I. Gesundheitliche Verhältnisse

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- | | |
|---|---|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ gestörtes Essverhalten |
| ☐ Krämpfe | ☐ Schlafstörungen |
| ☐ Einnässen | ☐ Tics (Augenzwinkern, Mundzucken, eigenartige Bewegungen) |
| ☐ Einkoten | |
| ☐ andere: | |

In welchem Zusammenhang / in welchen Situationen werden die Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?

Wie oft ist Ihr Kind im Jahr krank?

- ☐ 0 – 3 mal ☐ 4-5 mal ☐ 6-mal und mehr

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

- ☐ ja, welche?

Gibt es eine Über-/Unterempfindlichkeit auf sensorische Reize?
(Geräusche, Berührung, Augenkontakt, Schmerz, Geschmack)

- ☐ nein ☐ ja:

II. Entwicklung des Kindes

Motorische Entwicklung

Welche Therapiemaßnahme wurden bereits durchgeführt?

- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Frühförderung
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Sonstiges:

Ihr Kind...

- ☐ ist in seinen Bewegungen unruhig
- ☐ kann nur schwer auf seinen Platz sitzen bleiben
- ☐ ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig
- ☐ stolpert häufig beim Gehen und Laufen
- ☐ verhält sich oft ungeschickt, z. B.

Sprachliche Entwicklung

Ihr Kind....

- | | |
|---|--|
| ☐ sprach lange wenige/gleiche Wörter | ☐ hat einen geringen Wortschatz |
| ☐ sprach sehr undeutlich | ☐ spricht undeutlich |
| ☐ sprach kaum oder gar nicht | ☐ spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze |
| ☐ sprach sehr langsam | ☐ spricht überstürzt; verschluckt verstellt Laute |
| ☐ konnte einfache Sätze nicht richtig bilden | ☐ spricht langsam/stockend/stotternd |
| ☐ sprach sehr viel | ☐ spricht oft leise und unsicher |
| ☐ 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

- | | |
|---|--|
| ☐ von der Mutter | ☐ von dem Vater |
| ☐ von den Eltern gemeinsam | ☐ von den Großeltern oder Schwiegereltern |
| ☐ 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

☐ Tod der Mutter/Großmutter

Alter des Kindes

☐ Tod des Vaters/Großvaters

Alter des Kindes

☐ Tod eines Geschwisters

Alter des Kindes

☐ Trennung der Eltern

Alter des Kindes

☐ Trennung von Geschwistern

Alter des Kindes

☐ Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind

seit

☐ Schwere Erkrankung ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister

☐ Großmutter ☐ Großvater

Alter des Kindes

☐ Aufenthalt in einer Wohngruppe

von/bis

☐ Aufenthalt in Pflegefamilie

von/bis

☐ Wohnortwechsel von nach

Alter des Kindes

von nach

Alter des Kindes

von nach

Alter des Kindes

☐ 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	☐ ja	☐ nein
	vorzeitige Einschulung	wann	warum
	Rückstellung	wann	warum
	Sprachheilklasse	von	bis
	andere Beschulung, welche?		
	Wiederholung der Klasse	auf ☐ Elternwunsch	☐ 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 _____

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?

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

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ ja, durch

Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?

- | | |
|---|---|
| ☐ nicht anders als sonst | ☐ ruhig und gelassen |
| ☐ schläft am Abend vorher schlecht ein | ☐ ist morgens übel |
| ☐ ist mehrere Tage vorher aufgereggt | ☐ verschweigt oft bevorstehende Klassenarbeiten |
| ☐ verschweigt bevorstehende Arbeiten | ☐ stellt sich krank, um sich vor der Arbeit zu drücken |
| ☐ 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?

- | | |
|--|--|
| ☐ ausgeglichen | ☐ schnell wechselnde Stimmungen |
| ☐ unbeherrscht/impulsiv | ☐ Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten |
| ☐ starke Nervosität/Anspannung | ☐ selbstsicher/selbstbewusst |
| ☐ kontaktfreudig/offen | ☐ Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken |
| ☐ hilfsbereit | ☐ bedrückte/depressive Stimmung |
| ☐ überempfindlich/sehr empfindsam | ☐ selbständig/verantwortungsbewusst |
| ☐ freundlich/lieb | ☐ lebensfroh/fröhlich |
| ☐ häufig aggressiv | ☐ verbale und/oder körperliche Aggression |
| ☐ Zerstörungswut | ☐ starke Anpassungsschwierigkeiten |
| ☐ aktiv/kreativ | ☐ große Angst vor/bei |
| ☐ anpassungsfähig | ☐ Lügen |
| ☐ Kontaktscheu/Einzelgängertum | ☐ einsichtig/umgänglich |
| ☐ Stehlen | ☐ sexuelle Auffälligkeiten |
| ☐ 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
(A u t i s m u s t h e r a p i e)**

Name des Kindes	Vorname des Kinders
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	☐	☐
Eltern nehmen ihrerseits Kontakt zu Lehrkräften auf	☐	☐
Absprachen zwischen Lehrkräften und Eltern sind möglich	☐	☐
Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt	☐	☐

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, Raum-lage-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