



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
-Integrationshilfe / Schulbegleitung-**

für mein/unser Kind

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Schule | Klasse |

Grund der Antragstellung:

| | |
|---|--|
| | |
| <input type="checkbox"/> Integrationshilfe / Schulbegleitung <input type="checkbox"/> 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? | <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 hat Ihr Kind? | <input type="checkbox"/> Hörschwäche * | <input type="checkbox"/> Allergien/Asthma |
| | <input type="checkbox"/> Sehschwäche * | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| * Art der Schwäche/Erkrankung | <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?

☐ nein

☐ ja, Pflegegrad (1-5):

→ Bitte den aktuellen Bescheid über den Pflegegrad beifügen!

Wurde wegen Veränderung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes eine Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt?

☐ ja ☐ 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 Integrationshilfe / Schulbegleitung 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 **Schulbegleitung** 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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Tics (Augenzwinkern, Mundzucken, eigenartige Bewegungen) |
| <input type="checkbox"/> Einkoten | |
| <input type="checkbox"/> 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?

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....

- | | |
|---|--|
| <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

☐ 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | vorzeitige Einschulung | wann | warum |
| | Rückstellung | wann | warum |
| | Sprachheilklasse | von | bis |
| | andere Beschulung, welche? | | |
| | Wiederholung der Klasse | <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

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 _____ Stunden in der Woche

Wie viel Zeit benötigt Ihr Kind für die Hausaufgaben? _____ ungefähr tägl. _____ Stunden

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ ja, durch _____

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 _____ | |

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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie viele? |
| <input type="checkbox"/> eine besondere Freundin/einen besonderen Freund | |
| <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Freundschaften | |
| <input type="checkbox"/> | |

Wie verhält sich Ihr Kind im Umgang mit anderen Kindern?

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

Hat Ihr Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
|-------------------------------|--------------------------------------|

Ist Ihr Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zurzeit nicht, war schon mal |
| <input type="checkbox"/> ja | seit |

Hat Ihr Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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?

Mediennutzung

Welche Medien nutzt Ihr Kind?

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Handy | <input type="checkbox"/> Laptop/PC | <input type="checkbox"/> Spielekonsole |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Medien täglich?

- | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> 0 bis 30 Minuten | <input type="checkbox"/> 1 – 2 Stunden | <input type="checkbox"/> mehr als 2 Stunden |
|--------------------------------|---|--|---|

Wird Medienzeit zur Belohnung oder zur Sanktion eingesetzt?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Wann geht Ihr Kind abends schlafen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 19:00 Uhr – 20:00 Uhr | <input type="checkbox"/> 20:00 Uhr – 21:00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> 21:00 Uhr – 22:00 Uhr | <input type="checkbox"/> später, warum? |

VIII. Einschätzung der Eltern

Welche schulischen Schwierigkeiten bestehen aus Ihrer Sicht bei Ihrem Kind vorrangig?

Wie erklären Sie sich diese Schwierigkeiten Ihres Kindes?

Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, Ihrem Kind zu helfen?

Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?

Was glauben Sie, wie Sie Ihrem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

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!

Sie finden diesen Vordruck auch online unter: www.lkclp.de

Name und Anschrift der Schule

Landkreis Cloppenburg
51 – Jugendamt
Postfach 14 80
49644 Cloppenburg

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

| | |
|---|---|
| Name des Kindes | Vorname des Kindes |
| Anschrift | |
| KlassenlehrerIn | |
| Telefon | E-Mail |
| Klasse | Seit wann besucht die Schülerin/der Schüler die Schule: |
| Klassenfrequenz (Mädchen Jungen) | |
| Es unterrichten insgesamt Lehrkräfte in der Klasse. | |
| Klassen- / Fachlehrerwechsel /Schuljahr/Fach): | |

Unterrichtszeiten:

| | | |
|------------|-----|-----|
| Montag | von | bis |
| Dienstag | von | bis |
| Mittwoch | von | bis |
| Donnerstag | von | bis |
| Freitag | von | bis |

Diesen Fragebogen bitte zur Bearbeitung an die Schule weiterleiten!

Sie finden diesen Vordruck auch online unter: www.lkclp.de

Besucht die Schülerin/der Schüler den Ganztag/die Hausaufgabenbetreuung?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, an welchen Tagen? Wie lange?

Hat die Schülerin / der Schüler ungewöhnlich hohe Fehlzeiten? ☐ Nein ☐ Ja
(bei Bedarf bitte erläutern)

1. Basale Funktionen

1.1 Körperliche Auffälligkeiten

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

1.2 Somatische Beschwerden

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

2. Klassensituation

2.1 Wie schätzen Sie die Gesamtleistung der Schülerin/des Schülers gemessen am Leistungsstand der Klasse ein?

| Besser als Leistungsstand der Klasse | Entspricht dem Leistungsstand der Klasse | Entspricht nicht dem Leistungsstand der Klasse |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.2 Soziales Klima in der Klasse

2.3 Anmerkungen zur Klassensituation (z.B. besondere Schwierigkeiten bei einzelnen Kindern. Gibt es bereits eine Schulbegleitung in der Klasse? Sonstige Unterstützungskräfte in der Klasse?)

2.4 Ist die Schülerin/der Schüler in die Klassengemeinschaft integriert? Wie verhalten sich die MitschülerInnen gegenüber der Schülerin/dem Schüler?

3. Sozialverhalten der Schülerin/des Schülers

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

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

3.2 Wie werden die folgenden Punkte zu dem jeweiligen Entwicklungsstand der Schülerin/des Schülers beschrieben?

| | |
|--|--|
| Stärken der Schülerin/des Schülers | |
| Empathie, Gefühle anderer verstehen | |
| Reflektionsfähigkeit | |
| Regeln einhalten | |
| Konfliktfähigkeit | |
| Kritikfähigkeit | |
| Achtung anderer, Rücksichtnahme, Hilfsbereitschaft | |
| Mitgestaltung des Gemeinschaftslebens, Übernahme von Verantwortung | |
| Nähe und Distanz | |

Diesen Fragebogen bitte zur Bearbeitung an die Schule weiterleiten!

Sie finden diesen Vordruck auch online unter: www.lklp.de

| | |
|--|--|
| Abweichende Einschätzung anderer Fachlehrenden? | |
| Einschätzung anderer Beobachter (päd. Mitarbeitenden, mobiler Dienst, Förderschullehrkraft?) | |

3.3 Wie ist das Verhalten in freien Situationen?

3.4 Wie beschreiben Sie die verbale und nonverbale Kommunikation der Schülerin/des Schülers zu anderen Mitschülern und / oder Lehrkräften?

4. Lern- und Leistungsverhalten

4.1 Wie beschreiben Sie die Motivation für den Schulalltag?

4.2 Wie verhält sich die Schülerin/der Schüler in Lern- und Leistungssituationen?

4.3 Wie genau verhält sich die Schülerin/der Schüler in Arbeitsphasen?

4.4 Wie schätzen Sie die Sprachentwicklung der Schülerin/des Schülers ein?
(z.B. Sprachverständnis, Wortschatz, Aussprache, Grammatik, schriftlicher Sprachgebrauch)

| Besser als der Leistungsstand der Klasse | Entspricht dem Leistungsstand der Klasse | Entspricht nicht dem Leistungsstand der Klasse |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Schulische Fördermaßnahmen

5.1 Welche Strukturierung von Material und Aufgaben werden der Schülerin/dem Schüler angeboten?

5.2 Wird die Schülerin/der Schüler im laufenden Jahr gefördert?

- ☐ Nein, ist aufgrund ausreichender Leistung nicht erforderlich.
☐ Ja, im Rahmen der Binnendifferenzierung in den Lernbereichen:
☐ Ja, im Rahmen des Förderunterrichts in den Lernbereichen:

Anzahl der Förderstunden:

Anzahl der teilnehmenden Schüler:

Lern- und Arbeitsverhalten der Schülerin/des Schülers während der Förderstunde

Ist während der Förderstunde ein anderes Lern- und Arbeitsverhalten festzustellen?

5.3 Kommt eine Klassenwiederholung in Betracht?

- ☐ Nein, weil
☐ Ja, zum:

5.4 Wurde ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf festgestellt?

- ☐ Nein, weil
☐ Wird/Wurde eingeleitet am:
☐ Ja **Bitte das Fördergutachten und den Feststellungsbescheid als Anlage beifügen.**

Wenn ja, für welche Förderbereiche?

- ☐ Emotionale und soziale Entwicklung
☐ Körperliche und motorische Entwicklung
☐ Lernen ☐ Geistige Entwicklung
☐ Sprache ☐ Hören ☐ Sehen
☐ Sonstiger Bereich

5.5 Nachteilsausgleich für junge Menschen mit Beeinträchtigung

Wird ein allgemeiner individueller Nachteilsausgleich gewährt?

- ☐ Nein, weil
☐ Ja, folgende Maßnahmen werden umgesetzt:

5.6 Wurde die schulpsychologische Beratung oder der mobile Dienst hinzugezogen?

- ☐ Nein ☐ Ja

5.7 Wurde das Regionale Beratungs- und Unterstützungszentrum Inklusive Schule (RZI) beteiligt?

- ☐ Ja, mit folgendem Ergebnis:
☐ Nein, weil

5.8 Welche weiteren schulischen Maßnahmen zur Inklusion der Schülerin/des Schülers sind erfolgt?

5.9 Welche Maßnahmen waren bisher erfolgreich?

5.10 Gibt es Unterrichtseinheiten, an denen die Schülerin/der Schüler nicht teilnimmt?

☐ Nein

☐ Ja (Schulfach / Begründung):

5.11 War die Einberufung einer Klassenkonferenz erforderlich? Wenn ja, welche Maßnahmen wurden beschlossen?

☐ Nein, die Einberufung einer Klassenkonferenz war bisher nicht erforderlich.

☐ Ja, mit folgendem Ergebnis/ folgenden Maßnahmen:

6. Umfeld der Schülerin/des Schülers

6.1 Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrkräften:

Eltern nehmen an schulischen Beratungsgesprächen teil

☐ ja ☐ nein

Eltern nehmen ihrerseits Kontakt zu Lehrkräften auf

☐ ja ☐ nein

Absprachen zwischen Lehrkräften und Eltern sind möglich

☐ ja ☐ nein

Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt

☐ ja ☐ nein

6.2 Gibt es aus Sicht der Schule Faktoren im außerschulischen System, die die Teilhabe behindern?

7. Ziele für die Schülerin / den Schüler durch den Einsatz einer Integrationshilfe

7.1 Halten Sie die Unterstützung durch eine Schulbegleitung für erforderlich?

☐ Nein

☐ Ja

7.2 Was soll die Schülerin/der Schüler mit Unterstützung der Schulbegleitung erreichen?

7.3 In welchen Fächern ist aus Sicht der Schule eine Begleitung der Schülerin/des Schülers zur Integration notwendig?

Ort, Datum

Unterschrift
Klassenlehrer/in

Unterschrift
Schulleiter/in