



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

beim Kreisjugendamt Ahrweiler
Wilhelmstraße 24 - 30, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

- Erstantrag
 Folgeantrag
 Änderungsantrag

Persönliche Verhältnisse

	Kind (Hilfeempfänger)	Mutter	Vater
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand			
Anschrift			
Festnetznummer			
Mobilnummer			
Mailanschrift			
Erlerner Beruf			
Berufliche Tätigkeit			
Derzeitiger Aufenthalt des Kindes (nur, soweit nicht bei den leiblichen Eltern)			
Angaben zu Geschwisterkindern, Name, Geburtsdatum			

Sorgeberechtigter:

- Vater Mutter beide Eltern gemeinsam
 Vormundschaft / Pflegschaft (gegebenenfalls Nachweis beifügen)

Bei welchem Elternteil hat das Kind vor Hilfebeginn gelebt:

von

bis

Aufenthaltsverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der Eltern in den letzten 12 Monaten:

Name, Vorname	PLZ, Aufenthaltsort	Vom	Bis

Aufenthaltsstatus (nur ausfüllen, wenn keine deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besteht)

- Duldung gültig bis:
 Niederlassungserlaubnis gültig bis:
 Aufenthaltserlaubnis gültig bis:
 ungeklärt gültig bis:

Kranken- und Pflegeversicherung des Kindes über:

- Mutter Vater Sonstige

Name der Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

Grund der Hilfebeantragung

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
<p>Bestand bereits in der Vergangenheit Kontakt zum Jugendamt/Sozialamt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, mit welchem Jugendamt/Sozialamt, Ansprechpartner):</p> <p>.....</p>					
<p>Wurde bereits in der Vergangenheit Eingliederungshilfe gewährt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, von welchem Jugendamt/Sozialamt):</p> <p>.....</p>					
<p>Bestehen bezüglich der vorliegenden Behinderung privatrechtliche Ansprüche gegen Andere?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar gegen:</p>					
<p>Werden oder wurden Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger in Anspruch genommen?</p>					
Leistungen	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Leistungsträger	von ... bis ..

Angaben zur Behinderung des Kindes (soweit möglich und bekannt)

Welche Behinderung besteht bei Ihrem Kind?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Diagnosestellung durch: (Arzt, Klinik, Fachzentrum, etc.)	<p>.....</p> <p>.....</p>
Derzeit in Behandlung bei:	<p>.....</p>
Ursache der Behinderung	<p><input type="checkbox"/> angeborenes Leiden ohne Fremdeinwirkung</p> <p><input type="checkbox"/> Fremdverschulden</p> <p><input type="checkbox"/> Impfschaden</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall</p> <p><input type="checkbox"/> Gewaltverbrechen</p> <p><input type="checkbox"/> nicht bekannt</p>

Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht (§ 69 SGB IX)	Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beantragt wenn „ja“: Grad der Behinderung:.....% Feststellungsbehörde:
Pflegegrad nach dem SGB IX	<input type="checkbox"/> keine Pflegegradeinstufung <input type="checkbox"/> Einstufung in einen Pflegegrad und zwar <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 Beginn der Anerkennung:..... Befristung bis
Versorgung mit Hilfsmitteln	Art der Leistung: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationspflege <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... MDK-Gutachten <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Medikation:	<input type="checkbox"/> Eine Versorgung mit Hilfsmitteln liegt vor und zwar mit: <input type="checkbox"/> Es liegt keine Versorgung mit Hilfsmitteln vor.
	<input type="checkbox"/> aktuelle Medikation wird durchgeführt und zwar mit: <input type="checkbox"/> Keine aktuelle Medikation

Nur bei teil- und vollstationärer Unterbringung anzugeben:

Kindergeldberechtigte Person
Zuständige Familienkasse
Kindergeldnummer:	
Waisen-/Halbwaisenrente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rentenversicherung: Versicherungsnummer:

Erklärungen und Einwilligungen der/des Antragsteller/in/s:

Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden. Mir / uns ist bekannt, dass Änderungen der Familienverhältnisse wie z.B. Umzüge an einen anderen Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen sind.

Ihre Angaben werden benötigt um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Hilfestellung vorliegen. Grundlage für die Datenerhebung ist § 60 Sozialgesetzbuch I. Buch: „Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass im Falle der Bewilligung einer Eingliederungshilfemaßnahme vom Kreisjugendamt Ahrweiler notwendige Unterlagen aus der Akte, insbesondere eingereichte medizinische Unterlagen und der Eltern- und Schulfragebogen, an den für die Leistungserbringung angefragten oder beauftragten Träger versendet werden, damit dieser eine passgenaue Hilfe einsetzen kann.

Ich bin / Wir sind bereit, im Sinne einer positiven Entwicklung unseres Kindes an der Eingliederungshilfemaßnahme nach unseren Möglichkeiten in Absprache mit dem Kreisjugendamt Ahrweiler mitzuwirken. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass zwischen dem Träger der Maßnahme und dem Kreisjugendamt

Ahrweiler ein Informationsaustausch erfolgt. Mir / Uns ist bekannt, dass ein detaillierter Hilfeplan nach § 36 SGB VIII unter meiner / unserer Mitarbeit zu erstellen ist.

Bei teil- und vollstationären Leistungen nach den §§ 27 ff. i.V.m. § 35a SGB VIII:

Mir / Uns ist bekannt, dass zu den Jugendhilfeaufwendungen beigetragen werden muss, soweit dies nach den gesetzlichen Bestimmungen der §§ 90 ff SGB VIII zulässig, erforderlich und mir / uns zumutbar ist. Ich bin / Wir sind weiterhin bereit, die Auskünfte über meine / unsere wirtschaftlichen Verhältnisse zu erteilen, die zur Ermittlung eines Kostenbeitrages erforderlich sind. Die dafür notwendigen Vordrucke werde/n ich / wir ausfüllen.

Ich / Wir wurde/n darüber informiert, dass der kindergeldberechtigte Elternteil bei einer Unterbringung des o. g. Kindes über Tag und Nacht ab Hilfebeginn einen Kostenbeitrag mindestens in Höhe des Kindergeldes gemäß § 94 Abs. 3 SGB VIII zu leisten hat.

- Leistungen Dritter für mein / unser Kind (Unterhaltsleistungen vom anderen Elternteil, BAB, BAföG, Halbwaisenrente usw.) werden vom Jugendamt gemäß § 93 Abs. 1 SGB VIII in voller Höhe ab Hilfebeginn in Anspruch genommen.
Sofern Leistungen dieser Art für die Zeit der Hilfestellung noch an mich / uns fließen, bin ich mir / sind wir uns darüber im Klaren, dass diese Beträge vom Jugendamt zurückgefordert werden können.

Darüber hinaus besteht für das Kind während des Hilfezeitraums kein Anspruch auf Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG).

Ort, Datum

Unterschrift beider sorgeberechtigter Elternteile /
des gesetzlichen Vertreters / des Jungen Volljährigen

An die
Kreisverwaltung Ahrweiler
Jugendamt - Eingliederungshilfe
z. H. Frau Weltken
Wilhelmstraße 24 – 30

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

**ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT
im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII**

für (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

	Mutter	Vater
Name, Vorname:		
Anschrift:		
Geburtsdatum:		

Ich/Wir erteilen zur Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe eine **Entbindung von der Schweigepflicht** gegenüber **Frau Weltken** (oder Vertreter/In im Amt) zum Zweck der Einholung von notwendigen Informationen sowie dem Austausch von Daten und Befunden.

Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber nachfolgend genannten Personen und Institutionen.

Personen und Institution (z. B. Arzt, Therapeuten, etc.)	Kontaktdaten (Anschrift, ggf. Telefonnummer)

Kindertagesstätte/Schule	Kontaktdaten (Anschrift, ggf. Telefonnummer)

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

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten/jungen Volljährigen

Bitte ausgefüllt zurückschicken an:

Kreisverwaltung Ahrweiler
Jugendamt - Eingliederungshilfe
Wilhelmstraße 24-30
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

STELLUNGNAHME DER ELTERN
ZUR VORLAGE BEI DER KREISVERWALTUNG AHRWEILER

**Antrag auf Eingliederungshilfe
gemäß § 35a Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)**

für: _____

geboren am: _____

wohnhaft: _____

Ihr Kind leidet gemäß dem uns vorliegenden Antrag an einer Schwäche bzw. einer Störung, die möglicherweise zu einer seelischen Behinderung führen kann oder bereits geführt hat. Um dies angemessen überprüfen zu können, benötigen wir unter anderem einige Angaben von Ihnen. Falls der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, können Sie weitere Blätter anfügen.

Allgemeine Angaben:

• Name der Mutter _____ Geb. Datum: _____

• Sorgeberechtigt: ja _____ nein _____

• Anschrift, Telefonnummer:

• Name des Vaters _____ Geb. Datum: _____

• Sorgeberechtigt: ja _____ nein _____

• Anschrift, Telefonnummer:

1. Angaben zur Diagnostik

- Haben Sie eine Beratung im Förder- und Beratungszentrum der Don-Bosco-Schule Bad Neuenahr-Ahrweiler wahrgenommen?

ja

nein

Falls ja, mit welchem Ergebnis? _____

- Erhält/erhielt Ihr Kind Frühförderung? (Heilpädagogik, Ergotherapie, Logopädie)

ja

nein

Wenn ja, Diagnose: _____

Wo? _____

Welche Therapie? _____

Klinik/Praxis: _____

Zeitraum: _____

- Wurde Ihr Kind in der Vergangenheit in einer Psychiatrie stationär oder in einer Tagesklinik behandelt?

ja

nein

Wenn ja, Diagnose: _____

Wo? _____

Zeitraum: _____

- Befindet sich Ihr Kind aktuell in therapeutischer Behandlung? ja

nein

wenn ja, Diagnose: _____

Welche Therapie? _____

Klinik/Praxis: _____

- Nimmt ihr Kind Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

- Ist in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister etc.) eine ähnliche Diagnose gestellt worden?

ja

nein

Falls ja: Bei wem? _____

- Welche Kita/Schule besucht Ihr Kind bzw. wird Ihr Kind besuchen? _____

2. Angaben zum Verhalten Ihres Kindes

- Bitte beschreiben Sie Ihr Kind kurz mit eigenen Worten

- Verhalten Ihres Kindes (Bitte kreuzen Sie entsprechende Möglichkeiten an)

Verhaltensweise:	häufig	selten	nie
Albernheiten, spielt den Clown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anlehnungsbedürftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
will abends nicht ins Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumenlutschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt Alkohol, Drogen, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eifersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht ermüdbar, wenig belastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindsam, sensibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht erregbar, unbeherrscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faulheit, drückt sich gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktschwierigkeiten, schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen, leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufig krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lügt, unehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägelkauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervös, zappelig, unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgesprochen passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auffälliges sexuelles Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schläft schlecht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schreckt nachts auf, Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundlose Traurigkeit und weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morgens unausgeschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungehorsam, Trotz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unselbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweise:	häufig	selten	nie
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noch sehr verspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zerstört mutwillig Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hält sich nicht an Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist lärmempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verfolgt Sonderinteressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt stereotypische Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Verhaltensweisen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders und wo sehen Sie seine Stärken?

- Welche besonderen Interessen, Neigungen und Fähigkeiten hat Ihr Kind?

- Wann sind Sie auf die Schwäche/Störung Ihres Kindes aufmerksam geworden?

- Wie reagieren Sie auf das besondere Verhalten?

- Hat Ihr Kind Freunde? ja nein

Falls ja: Wie lange bestehen diese Freundschaften schon? _____

Wie häufig (in der Woche) verabredet Ihr Kind sich mit seinen Freunden _____

Falls nein: Wie erklären Sie sich das?

- Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit?

3. Fragen zur Teilhabebeeinträchtigung

Bitte nehmen Sie die folgenden Einschätzungen entlang folgender Skalierung vor:

1 = keine Probleme

2 = leichte Probleme

3 = mäßige Probleme

4 = schwerwiegende Probleme

Bereich	Einschätzung
Interaktion/Beziehungsqualität/Kommunikation	
Inwiefern kann das Kind altersgemäß...	
mit Familienmitgliedern in Kontakt treten?	0 0 0 0 1 2 3 4
mit anderen Betreuungspersonen in Kontakt treten?	0 0 0 0 1 2 3 4
mit Gleichaltrigen in Kontakt treten?	0 0 0 0 1 2 3 4
mit Fremden in Kontakt treten?	0 0 0 0 1 2 3 4
mit Nähe und Distanz umgehen?	0 0 0 0 1 2 3 4
Regeln und Grenzen einhalten?	0 0 0 0 1 2 3 4
mit sozialen Anforderungen umgehen?	0 0 0 0 1 2 3 4
mit Konflikten umgehen?	0 0 0 0 1 2 3 4
Anmerkungen:	

Wie gestalten sich die Beziehungen Ihres Kindes zu...				
Mutter	0	0	0	0
	1	2	3	4
Vater	0	0	0	0
	1	2	3	4
Geschwistern	0	0	0	0
	1	2	3	4
Freunden	0	0	0	0
	1	2	3	4
Erziehern / Lehrern	0	0	0	0
	1	2	3	4
Fremden	0	0	0	0
	1	2	3	4
Anmerkungen:				
Integration				
Wie schätzen Sie die Einbindung Ihres Kindes im jeweiligen Kontext ein?				
Familie	0	0	0	0
	1	2	3	4
Kita-Gruppe / Klassenverband / Ausbildungsgruppe	0	0	0	0
	1	2	3	4
Freunde / andere Kinder	0	0	0	0
	1	2	3	4
Andere erwachsene Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde...)	0	0	0	0
	1	2	3	4
Vereine	0	0	0	0
	1	2	3	4
Freizeitaktivitäten	0	0	0	0
	1	2	3	4
Anmerkungen:				
Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung				
Inwiefern kann Ihr Kind altersgemäß...				
seinen Alltag generell bewältigen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich pflegen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich selbst versorgen? (z.B. Frühstück aus der Tasche holen, Hunger äußern, etc.)	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich fortbewegen?	0	0	0	0

(z.B. Besuch der Nachbarkinder)	1	2	3	4
mit Finanzen umgehen? (z.B. Taschengeld)	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich zeitlich orientieren?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich räumlich orientieren?	0	0	0	0
	1	2	3	4
seine Bedürfnisse äußern und durchsetzen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
seine Bedürfnisse zurückstellen und abwarten?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Gefahren einschätzen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Anmerkungen:				
Lernen/Leistung (Kita/Schule/Ausbildung)				
Inwiefern kann Ihr Kind altersgemäß...				
den generellen Anforderungen der Schule/Kita entsprechen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
dem regelmäßigen Kitabesuch / Schulbesuch nachkommen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Aufmerksamkeit fokussieren / Konzentration und Ausdauer?	0	0	0	0
	1	2	3	4
dem Leistungsniveau der Klasse / der Gruppe im Durchschnitt entsprechen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
den Lese- und Schreibenanforderungen entsprechen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
den mathematischen Anforderungen entsprechen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Interesse an schulischen Themen und der eigenen Umwelt zeigen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Ordnung halten (Schultasche, Arbeitsplatz, Kinderzimmer)?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sein/e Spiel/Aufgaben strukturieren?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Anmerkungen:				

- Welche Verhaltensauffälligkeiten stellen sich im Alltag Ihres Kindes dar? (Hausaufgaben, Bewegungsdrang, Spezialinteressen, etc.)

- Wo sehen Sie den Unterstützungsbedarf Ihres Kindes?

- Haben Sie die beantragte Hilfe mit Ihrem Kind besprochen?

Wenn ja: ist Ihr Kind damit einverstanden?

ja

nein

- Was soll sich für Ihr Kind durch die Maßnahme der Eingliederungshilfe verbessern?

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



Bitte den ausgefüllten Fragebogen zurück an die Eltern/Sorgeberechtigten geben.
Vielen Dank.

STELLUNGNAHME DER KITA bzgl. des SCHULBESUCHS ZUR VORLAGE BEI DER KREISVERWALTUNG AHRWEILER

Antrag auf Eingliederungshilfe
gemäß § 35 a Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)

für das Kind: _____

geboren am: _____

wohnhaft: _____

Eltern: _____ und _____

Name und Ort der Kita: _____

Für unser oben genanntes Kind / genannte/n Jugendliche/n wurde bei der Kreisverwaltung Ahrweiler die Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII beantragt. Im Rahmen des Prüfverfahrens wird zunächst geprüft, ob die Voraussetzungen zur Hilfestellung vorliegen und welche Hilfeform angezeigt ist. Um eine Entscheidung treffen zu können, sind daher zahlreiche Angaben notwendig.

Wir bitten um schnellstmögliche Beantwortung und Rückgabe des vorliegenden Fragebogens an uns Sorgeberechtigte.

Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns bereits im Voraus und verbleiben mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

1. Allgemeine Angaben:

Name der Kita _____

Anschrift _____

Telefonnummer: _____

Name Bezugserzieher/In: _____

Gesamtanzahl der Kinder in der Gruppe: _____

Hat das Kind die Kita gewechselt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

vorherige Kita? _____

Wurde eine sonderpädagogische Überprüfung veranlasst? ja nein

Falls ja, wann? _____

Falls nein, ist eine solche geplant? ja nein

Wie viele pädagogische Fachkräfte/FSJ-ler sind während des Gruppenalltags anwesend?

3. Verhalten des Kindes

Verhalten des Kindes (Bitte kreuzen Sie entsprechende Felder an)

Verhaltensweise:	häufig	selten	nie
Albernheiten, spielt den Clown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anlehnsbedürftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumenlutschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt Alkohol, Drogen, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eifersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht ermüdbar, wenig belastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindsam, sensibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht erregbar, unbeherrscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faulheit, drückt sich gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktschwierigkeiten, schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen, leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufig krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lügt, unehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägelkauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervös, zappelig, unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgesprochen passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auffälliges sexuelles Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundlose Traurigkeit und weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morgens unausgeschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungehorsam, Trotz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unselbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noch sehr verspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zerstört mutwillig Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält sich nicht an Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist lärmempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verfolgt Sonderinteressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt stereotypische Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweise:	häufig	selten	nie
Weitere Verhaltensweisen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie reagieren Sie auf dieses Verhalten?

Welche Reaktionen erfolgen seitens der anderen Kinder auf dieses Verhalten?

Bitte nehmen Sie die folgenden Einschätzungen entlang folgender Skalierung vor:

1 = keine Probleme

2 = leichte Probleme

3 = mäßige Probleme

4 = schwerwiegende Probleme

Bereich	Einschätzung			
Interaktion/Beziehungsqualität/Kommunikation				
Inwiefern kann das Kind altersgemäß...				
mit Familienmitgliedern in Kontakt treten?	0 1	0 2	0 3	0 4
mit anderen Betreuungspersonen in Kontakt treten?	0 1	0 2	0 3	0 4
mit Gleichaltrigen in Kontakt treten?	0 1	0 2	0 3	0 4
mit Fremden in Kontakt treten?	0 1	0 2	0 3	0 4
mit Nähe und Distanz umgehen?	0 1	0 2	0 3	0 4
Regeln und Grenzen einhalten?	0 1	0 2	0 3	0 4
mit sozialen Anforderungen umgehen?	0 1	0 2	0 3	0 4

mit Konflikten umgehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Anmerkungen:				
Wie gestalten sich die Beziehungen des Kindes zu...				
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Geschwistern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Erziehern / Lehrern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Fremden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Anmerkungen:				
Integration				
Wie schätzen Sie die Einbindung des Kindes im jeweiligen Kontext ein?				
Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Kita-Gruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Freunde / andere Kinder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Andere erwachsene Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Vereine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4
Anmerkungen:				

Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung				
Inwiefern kann das Kind altersgemäß...				
seinen Alltag generell bewältigen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich pflegen? (Hygiene)	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich selbst versorgen? (z.B. Frühstück aus der Tasche holen, etc.)	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich fortbewegen? (z.B. Besuch der Nachbarkinder)	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich zeitlich orientieren?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sich räumlich orientieren?	0	0	0	0
	1	2	3	4
seine Bedürfnisse äußern und durchsetzen? (z.B. Hunger äußern)	0	0	0	0
	1	2	3	4
seine Bedürfnisse zurückstellen und abwarten?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Anmerkungen:				
Lernen/Leistung				
Inwiefern kann das Kind altersgemäß...				
den generellen Anforderungen der Kita entsprechen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
dem regelmäßigen Kitabesuch nachkommen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
seine Aufmerksamkeit fokussieren / sich konzentrieren und sich ausdauernd beschäftigen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
an schwierigen Aufgaben kontinuierlich arbeiten (Ehrgeiz, Ausdauer)?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Interesse an schulischen Themen und der eigenen Umwelt zeigen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
Ordnung halten (Arbeitsplatz und Material)?	0	0	0	0
	1	2	3	4
sein Spiel und seine täglichen Aufgaben strukturieren?	0	0	0	0
	1	2	3	4
mit Frustration und Enttäuschung umgehen?	0	0	0	0
	1	2	3	4
mit Regeln und Grenzen umgehen?	0	0	0	0
	1	2	3	4

Anmerkungen:

Welche Stärken (Sozialverhalten, Interessen) hat das Kind?

Welche Schwächen (Sozialverhalten, Interessen) hat das Kind?

4. Zusammenarbeit mit Elternhaus

Wie ist der Kontakt zwischen Kita und Elternhaus häufig selten nie

Welche Absprachen haben Sie mit den Eltern getroffen?

Haben sich die Eltern an Absprachen gehalten? häufig selten nie

Nehmen die Eltern regelmäßig an Elternabenden teil? häufig selten nie

Nehmen die Eltern regelmäßig an Kitaveranstaltungen teil? häufig selten nie

Datum, Unterschrift der Kitaleitung

Datum, Unterschrift des Erzieher/In

Bitte legen Sie dieses Formular Ihrem Facharzt vor und reichen Sie dieses ausgefüllt mit der fachärztlichen Stellungnahme bei der Kreisverwaltung Ahrweiler, Jugendamt, ein.

Sehr geehrte Damen und Herren,

für das Kind _____, geb. am _____,
wurde ein Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gestellt.

Das Gesetz sieht eine Unterscheidung zwischen körperlich, geistigen und seelischen Behinderungen vor. Je nach Art der Behinderung sind unterschiedliche Rechtskreise einschlägig. So sind für körperliche und geistige Behinderungen die Vorschriften des SGB IX (Sozialamt) und für seelische Behinderungen die Vorschriften des SGB VIII (Jugendamt) anzuwenden. Aus diesem Grund benötigen wir von Ihnen eine Zuordnung von _____ zu einem der beiden Personenkreise:

Personenkreis SGB VIII
eine seelische Beeinträchtigung liegt vor droht

Eine Zuordnung zum Personenkreis des § 35a SGB VIII liegt vor, wenn die seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Die Stellungnahme hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit ist gemäß § 35a Abs. 1a SGB VIII von einem Arzt/einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie oder eines/r Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/in abzugeben. Eine Stellungnahme eines/r Kinderarztes/ärztin reicht nicht aus.

Personenkreis SGB IX
eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung
 liegt vor droht

Eine Zuordnung zum Personenkreis des SGB IX liegt vor, wenn eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung vorliegt, die den Menschen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindert. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Die Stellungnahme ist von einem Facharzt des jeweiligen Gebietes abzugeben. Eine Stellungnahme eines/r Kinderarztes/ärztin reicht nicht aus.

Es liegt keine seelische, körperliche oder geistige Beeinträchtigung i. S. d. § 2 SGB IX vor.

Sofern zwar eine Diagnose aus dem seelischen, körperlichen oder geistigen Bereich vorliegt, diese aber nicht zu einer Abweichung des für das jeweilige Lebensalter typischen Zustands führt, liegt keine Behinderung i. S. d. § 2 SGB IX vor und somit ist keine Personenzugehörigkeit zu einem der beiden Rechtskreise gegeben.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Reven, Tel. 02641/975-478.

Datum, Ort

Unterschrift des/der Arztes/Ärztin

Stempel der Praxis