

Elternfragebogen zum Antrag einer Schulbegleitung
In der Klasse _____, Schule _____.

Persönliche Daten des Kindes

Name, Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Sorgberechtigte Person: Eltern Mutter Vater _____

Name der Mutter: _____ Nationalität: _____

Ggf. abweichende Anschrift: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Name des Vaters: _____ Nationalität: _____

Ggf. abweichende Anschrift: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Familiensprache: _____

Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?

- Krankengymnastik: _____ Stunden/Woche durch _____
- Ergotherapie: _____ Stunden/Woche durch _____
- Sprachtherapie: _____ Stunden/Woche durch _____
- Familienhilfe: _____ Stunden/Woche durch _____
- Erziehungshilfe: _____ Stunden/Woche durch _____
- Tagesmutter: _____ Stunden/Woche durch _____
- Psychotherapie: _____ Stunden/Woche durch _____
- _____ Stunden/Woche durch _____

Nehmen Sie sonstige Betreuungs- und/oder fördernde Angebote (Sport-/Spielgruppen, Hausaufgabenhilfe o. ä.) in Anspruch?

- Nein Ja (Welche?) _____

Welche behandelnden Ärzte suchen Sie auf?

- Sozialpädiatrisches Zentrum: _____ (Name, Ort)
- Augenarzt: _____ (Name, Ort)
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt: _____ (Name, Ort)
- Orthopäde: _____ (Name, Ort)
- Pädaudiologe: _____ (Name, Ort)
- Psychiater/Psychologe: _____ (Name, Ort)
- Kinderarzt: _____ (Name, Ort)
- Allgemeinmediziner: _____ (Name, Ort)
- Andere: _____

Liegen aktuelle Berichte oder Dokumentationen aus Therapien, Förderangeboten oder Arztbesuchen (Sozialpädiatrisches Zentrum) vor?

- Nein Ja **(Bitte beifügen!)**

Liegen folgende Diagnosen vor ?

ADS/ADHS: Nein Ja (wo wurde diese festgestellt?) _____

Autismus: Nein Ja (wo wurde diese festgestellt?) _____

Welche Art Autismus liegt vor? _____

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja (Wie oft? Welche?) _____

Nutzt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

- Sehen (z. B. Brille, Lupe o. ä.) _____
- Hören (z. B. Hörgerät) _____
- Gehen (z. B. Orthese, Rollstuhl) _____
- Sprache (z. B. Talker) _____
- Sonstiges _____

Hat Ihr Kind Krankheiten, die derzeit eine regelmäßige Behandlung erfordern?

Nein Ja (Welche?) _____

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen?

Nein Ja (Welche?) _____

Sind bei Ihrem Kind in nächster Zeit Operationen geplant?

Nein Ja (Welche?) _____

Bekommt/bekam Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?

- Nein Ja
- Pflegegeld, Pflegegrad _____
 - Behindertenausweis, GdB _____, Merkzeichen _____
 - Andere: _____

Wurden in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfemaßnahmen gewährt?

- Nein Ja
- Frühförderung
 - Integrationskindergarten
 - Sonderkindergarten
 - Andere: _____

Wo liegt aus Ihrer Sicht derzeit der besondere Hilfebedarf Ihres Kindes im schulischen Bereich?

Konnte Ihr Kind seine Selbständigkeit innerhalb der Schule (ggf. des Kindergartens) bereits erweitern? Wenn ja, in welchen Bereichen?

Ist Ihr Kind gut integriert, hat es Freunde in der Schule/Kindergarten und im privaten Bereich?

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

Gibt es zuhause Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Kind?

Welche realistischen Ziele können nach Ihrer Meinung mit der Schulbegleitung erreicht werden?

Wie könnte die weitere Förderung und Hilfestellung für Sie und Ihr Kind aussehen?

Datum

Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift/Heimanschrift

Urschriftlich zurück an
Landkreis Aurich
-Sozialamt-
Fräuleinshof 3
26506 Norden

Betr.:II/50 / (sofern bereits vorhanden)

S c h w e i g e p f l i c h t e n t b i n d u n g

Für die Entscheidung über meinen Antrag auf Kostenübernahme einer Schulbegleitung/Inklusionshilfe entbinde ich persönlich, oder sofern eine gesetzliche Betreuung bzw. eine in diesem Umfang erteilte Bevollmächtigung eingerichtet wurde als amtlich bestellter Betreuer bzw. Bevollmächtigter

*Ggf. Name des Bevollmächtigten/Betreuers
Eine Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Bevollmächtigung ist beizufügen.*

die mit der Begutachtung befassten Ärzte des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes des Landkreises Aurich von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialamt des Landkreises Aurich.

Die über mich von dort erstatteten Gutachten und Berichte werden dem Sozialamt des Landkreises Aurich für die Bearbeitung des genannten Antrags zur Verfügung gestellt.

Der Amtsärztliche Dienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Aurich kann sich alle für die Begutachtung relevanten Daten (Krankengeschichte, hausärztliche und fachärztliche Befunde/Begutachtungsergebnisse, Gutachten, Pflegedokumentationen, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) anfordern.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens für die Dauer der Maßnahme.

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift