

Elternfragebogen zum Antrag einer Schulbegleitung

In der Klasse _____, Schule _____.

Persönliche Daten des Kindes

Name, Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Sorgeberechtigte 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, Leselupe 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

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

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	

Ich befreie die/den Mitarbeiter/in:

(Name, Institution)

(Name, Institution)

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber/wechselseitig:

(Name, Institution)

(Name, Institution)

(Name, Institution)

im Hinblick auf personenbezogene/medizinische Daten/Unterlagen, welche zur Feststellung des notwendigen Hilfeumfangs im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt im Falle einer Bewilligung längstens bis zum Ende des festgestellten Hilfezeitraums.

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

Ort	Datum	Unterschrift (ggfs. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigter/in, Erziehungsberechtigte/r)
-----	-------	--