Anlage zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe als Übernahme der Kosten für einen Integrationsplatz in einer Kindertagesstätte

LANDKREIS AURICH | Der Landrat

„Elternfragebogen“

An den
Landkreis Aurich
Sozialamt
Fräuleinshof 3
26506 Norden

Persönliche Daten des Kindes

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Sorgeberechtigte Person: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Berufliche Tätigkeit: Mutter:_____ ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

Vater:_____ ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

Nationalität: Mutter:_____ Vater:_____

Familiensprache: _____

Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?

☐ Krankengymnastik: von bis _____ bei _____

☐ Ergotherapie: von _____ bis _____ bei _____

☐ Sprachtherapie: von _____ bis _____ bei _____

☐ Andere Hilfen:
- ☐ Familienhilfe
- ☐ Erziehungshilfe
- ☐ Tagesmutter
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Frühförderung

Nehmen Sie sonstige Betreuungs- oder fördernde Angebote (z.B. Sport- oder Spielgruppen, etc.) wahr?

LANDKREIS AURICH | Der Landrat

_____

Welche behandelnden Ärzte suchen Sie auf?

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

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

☐ Nein ☐ Ja *(Welche?)* _

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ Nein ☐ Ja *(Wie oft? Welche?)* _____

Nutzt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

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

Hat Ihr Kind Krankheiten, die derzeit eine regelmäßige ärztliche 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 Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Pflegegeld, Stufe _____
☐ Behindertenausweis, GdB _____
☐ Andere: _____

Wer hat Ihnen zu diesem Antrag geraten? Z.B. Kinderarzt, Kindergarten, Therapeuten, Nachbarn

_____

_____

Konnte Ihr Kind seine Selbständigkeit innerhalb des Kindergartens bereits erweitern? Wenn ja, in welchen Bereichen?

_____

Ist Ihr Kind gut integriert, hat es Freunde im Kindergarten und privaten Bereich?

_____

*Was macht Ihr Kind in der Freizeit? Mit wem Spielt es?*_____

_____

Gibt es Zuhause Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Kind?

_____

Welches realistische Ziel kann nach Ihrer Meinung mit der Betreuung als Integrationskind erreicht werden?

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____ _____

Datum Unterschrift