



## Stellungnahme zum Antrag der/s Erziehungsberechtigten auf Gewährung von Eingliederungshilfe für eine Individualbegleitung zum Besuch einer Kindertageseinrichtung

### I. ALLGEMEINE ANGABEN:

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Anschrift:	

Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung:	
Ansprechpartner der Kindertageseinrichtung (Funktion, Name):	Telefon:
Zuständige/r Erzieher/in:	Telefon:

Das Kind besucht	<input type="checkbox"/> Kinderkrippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Kinderhort
------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

### II. ANGABEN ZUR HILFEBEDARFSFESTSTELLUNG:

Behinderung/en:	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____
	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: * _____
	<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> Merkzeichen: * _____
	<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung
	<input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
	<input type="checkbox"/> Epilepsie - Häufigkeit:	
	<input type="checkbox"/> Autistische Spektrumsstörung:	
	<input type="checkbox"/> andere seelische Behinderung nach ICD 10:	
(weitere) Diagnosen:		

Aus welchen genauen Gründen ist der Einsatz einer Individualbegleitung erforderlich? Wurde/wird die Mobile sonderpädagogische Hilfe (MSH) beteiligt? Bitte eine ausführliche <b>Maßnahmenbeschreibung</b> auf einem gesonderten Beiblatt beifügen. Bitte Einschätzung der <b>MSH</b> zum Bedarf beifügen, sofern möglich/vorhanden.
---



\* Bitte Nachweise beifügen!

## Stellungnahme – Individualbegleitung

Fanden Aufenthalte und Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/im Krankenhaus/beim Facharzt statt:	
Wann:	Wo: (bitte Bezeichnung der Klinik oder Name des Facharztes angeben und Arzt- oder Untersuchungsberichte beifügen).

Therapeutische Behandlungsmaßnahmen:	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie _____ Zeitstunden/Woche	<input type="checkbox"/> Maßnahme findet während der Betreuungszeit statt
<input type="checkbox"/> Logopädie _____ Zeitstunden/Woche	<input type="checkbox"/> Maßnahme findet während der Betreuungszeit statt
<input type="checkbox"/> Physiotherapie _____ Zeitstunden/Woche	<input type="checkbox"/> Maßnahme findet während der Betreuungszeit statt

Werden Leistungen aus dem Bereich medizinisch-pflegerische Versorgung erbracht?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	Ggf. welche? (z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung, etc.)

Herausforderndes Verhalten	
<input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten	<input type="checkbox"/> Zwanghafte Verhaltensweisen
<input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten	<input type="checkbox"/> extremes Angst- und Rückzugsverhalten
<input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens (aggressiv / oppositionell)	<input type="checkbox"/> emotionale Störung (depressiv)
<input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> gesteigertes Unruheverhalten
	<input type="checkbox"/> Enureses / Enkopresis
<u>Anmerkungen zu den genannten Verhaltensweisen (notwendige Auszeiten / besonders intensives und häufiges Auftreten / räumliche Notwendigkeiten, ggf. Beiblatt verwenden):</u>	

Kommunikation:	
<input type="checkbox"/> Aktive Sprache:	
<input type="checkbox"/> Passives Sprachverständnis:	
<input type="checkbox"/> Unterstützte Kommunikation:	
<input type="checkbox"/> Basale Kommunikation:	

Besondere Hilfen bei Alltagsverrichtungen:	
Essen	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine
Toilette	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine
Kleidung	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine

Weitere besondere Hilfebedarfe:	

**III. ANGABEN ZUM LEISTUNGSUMFANG:**

Wöchentlicher Betreuungsbedarf in Zeitstunden pro Woche insgesamt (aufgeschlüsselt nach Wochentagen – <b>Buchungsvereinbarung ist beizufügen</b> ):					Gesamt Zeitstunden .....
Montag .....	Dienstag: .....	Mittwoch .....	Donnerstag .....	Freitag .....	

Ist eine Individualbegleitung durchgängig erforderlich?

ja

nein      Ggf. nur für folgende Bereiche:

Rahmenbedingungen in der Kindertageseinrichtung:

Konzept der Kindertageseinrichtung/der Gruppe:

<input type="checkbox"/> Integrative Gruppe	<input type="checkbox"/> Geschlossenes Konzept
<input type="checkbox"/> Offenes Konzept	<input type="checkbox"/> Montessori
<input type="checkbox"/> Teiloffenes Konzept	<input type="checkbox"/> Waldorfkindergarten
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Seit wann besucht das Kind die Einrichtung?	Gruppengröße
Personaleinsatz (Anzahl und Qualifikation, z. B. Erzieher/in, Kinderpfleger/in, Praktikant/in, usw.)	

Gibt es in der betroffenen Kindergartengruppe des o. g. Kindes bereits weitere Kinder mit dem Bedarf für eine Individualbegleitung?	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, folgende/s Kind/er:
Name oder Aktennummer:	Stundenumfang:
Kostenträger:	
Name oder Aktennummer:	Stundenumfang:
Kostenträger:	
Name oder Aktennummer:	Stundenumfang:
Kostenträger:	

Mobile Sonderpädagogische Hilfe (MSH)

Das Kind wird von der MSH betreut bzw. es liegt eine Einschätzung der MSH vor.

Weitere Bemerkungen (ggf. ergänzende Ausführungen/Einschätzung der **MSH**):

Wird die MSH auch zur konkreten Einzelbetreuung **des Kindes** gezielt eingesetzt?

ja, für wöchentlich ..... Zeitstunden       nein

Wurden/werden Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch genommen?

nein       ja (ggf. welche? Umfang der Leistungen?)

## Stellungnahme – Individualbegleitung

Kann bei mehreren Kindern in der Gruppe der Bedarf durch eine Individualbegleitung abgedeckt werden?	
<input type="checkbox"/> ja (mit welchem Kind?)	<input type="checkbox"/> nein (Begründung erforderlich! Ggf. Beiblatt verwenden)
	Begründung:

Welches Modell der Individualbegleitung wird gewählt?	
<input type="checkbox"/> Individualbegleitung wird von einem Dienst gestellt: Name des Dienstes	
Anschrift/Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> im Arbeitgeber-Modell (Eltern sind Arbeitgeber):	
Vor- und Nachname der Individualbegleitung	Geburtsdatum der Individualbegleitung
Anschrift der Individualbegleitung	

IV. GENEHMIGUNG über den Einsatz einer Individualbegleitung	
Durch die nachfolgende Unterschrift der Leitung der Kindertageseinrichtung wird zur Unterstützung des Kindes _____ (Name, Geburtsdatum) auf Antrag der Erziehungsberechtigten _____ (Namen) der Einsatz der oben angegebenen Individualbegleitung genehmigt.	
Die Individualbegleitung begleitet das o.g. Kind während _____ (Tätigkeitsfeld). Die Genehmigung bezieht sich auf _____ (Kindergartenjahr / Zeitraum), sie ist aus berechtigten Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.	
Die Individualbegleitung hat über die bei der Tätigkeit in der Kindertageseinrichtung bekannt gewordenen Angelegenheiten Verschwiegenheit zu bewahren. Dies gilt nicht für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Natur nach keiner Geheimhaltung bedürfen. Dies gilt weiterhin nicht gegenüber den Erziehungsberechtigten des Kindes in Bezug auf diejenigen Angelegenheiten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Kind stehen.	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Leitung der Kindertageseinrichtung

Die vorstehenden Angaben unter den Ziffern I. bis III. erfolgen im Einvernehmen mit der Kindertageseinrichtung.	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Eltern bzw. des/der Sorgeberechtigten