

Stellungnahme zum Antrag der Erziehungsberechtigten auf Gewährung von Eingliederungshilfe (Bezirk) für eine Schulbegleitung

I. ALLGEMEINE ANGABEN:

Name der Schülerin / des Schülers:	Geburtsdatum:
Anschrift:	

Amtliche Bezeichnung der Schule:		
Ansprechpartner der Schule:	Name:	Telefon:
Klassenleitung:	Name:	Telefon:

<input type="checkbox"/> Sie / Er besucht im laufenden Schuljahr / die Jahrgangsstufe
<input type="checkbox"/> Sie / Er wird im Schuljahr / in die oben genannte Schule eingeschult
<input type="checkbox"/> Sie / Er kann „aktiv“ am Unterricht der Schule teilnehmen; sie/er erfüllt die Voraussetzungen des Art. 41 BayEUG.
<input type="checkbox"/> Sie / Er hat bereits seit eine Schulbegleitung. Diese wurde bislang durchgeführt von: <i>(bitte Name oder ausführenden Dienst angeben!)</i>
<input type="checkbox"/> Sie / Er benötigt auch im kommenden Schuljahr / einen Schulbegleiter
<input type="checkbox"/> Sie / Er benötigt erstmals einen Schulbegleiter im Schuljahr /

II. ANGABEN ZUR HILFEBEDARFSFESTSTELLUNG:

Behinderung/en:	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____
	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	
	<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	
	<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 eines Schulbegleiters erforderlich?

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

Therapeutische Behandlungsmaßnahmen:	<input type="checkbox"/> Ergotherapie _____ Stunden/Woche <input type="checkbox"/> Logopädie _____ Stunden/Woche <input type="checkbox"/> Physiotherapie _____ Stunden/Woche
--------------------------------------	--

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

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

Stellungnahme – Schulbegleitung für

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 (aufgeschlüsselt nach Wochentagen – Stundenplan ist beizufügen):		
Montag	Dienstag:	Mittwoch
Donnerstag	Freitag	
Wochenstunden/gesamt:		

Ist eine Schulbegleitung durchgängig nach der für das Schuljahr gültigen Stundentafel erforderlich?	
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	Ggf. nur für folgende Bereiche (z. B. Sport):

Sind in den vorgenannten Wochenstunden bereits Pausenzeiten oder ähnliches enthalten?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	Bitte zeitlichen Umfang angeben:

Rahmenbedingungen im Klassenverband:	
Wie viele Schüler werden in der Klasse beschult?	
Gibt es in der Klasse / Jahrgangsstufe des o. g. Kindes bereits weitere Kinder mit dem Bedarf für eine Schulbegleitung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Schüler:
Name:	Stundenumfang:
Kostenträger:	
Name:	Stundenumfang:
Kostenträger:	
Name:	Stundenumfang:
Kostenträger:	

Stellungnahme – Schulbegleitung für

Name:	Stundenumfang:
Kostenträger:	
Name:	Stundenumfang:
Kostenträger:	
Name:	Stundenumfang:
Kostenträger:	

Mobiler Sonderpädagogischer Dienst (MSD)	
<input type="checkbox"/> Die Schülerin / der Schüler wird vom MSD betreut	
<input type="checkbox"/> Einschulung: Bei der schulischen Prüfung, ob das Kind aktiv teilnehmen kann, wurde der MSD beteiligt.	
<input type="checkbox"/> Der MSD stimmt mit der Einschätzung der Schule zur aktiven Teilnahmemöglichkeit der Schülerin/ des Schülers und der Notwendigkeit eines Schulbegleiters überein.	
<u>Weitere Bemerkungen</u> (ggf. <i>abweichende Meinung oder ergänzende Ausführungen</i>):	
Wird in der betroffenen Klasse / Jahrgangsstufe eine Lehrkraft des MSD eingesetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird die Lehrkraft des MSD auch zur konkreten Einzelbetreuung von Schülern gezielt eingesetzt?	<input type="checkbox"/> ja, für Schüler mit wöchentlich Stunden. <input type="checkbox"/> nein, es werden alle betroffenen Schüler der Schule unterstützt.

Kann bei mehreren Kindern in der Klasse / Jahrgangsstufe der Bedarf von 1 Schulbegleiter abgedeckt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (<i>Begründung erforderlich!</i>)
Begründung:	

Rahmenbedingungen bezogen auf das Personal:	
Wird in der betroffenen Klasse / Jahrgangsstufe bereits - zumindest zeitweise – eine Pflegekraft eingesetzt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für Stunden wöchentlich.
Wird in der betroffenen Klasse / Jahrgangsstufe evtl. Personal der Tagesstätte eingesetzt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für Stunden wöchentlich.
Welchen konkreten Unterstützungsbedarf deckt das Pflege- bzw. Tagesstättenpersonal in der Klasse ab bzw. welche Aufgaben werden konkret von diesem Personal übernommen?	

Wer soll die Betreuung durchführen: Betreuungsperson oder Dienst?	
Name der Schulbegleitung bzw. des Dienstes	Geburtsdatum (nur bei Betreuungsperson):
Anschrift:	

IV. GENEHMIGUNG

über den Einsatz einer Schulbegleitung (§ 40 Abs. 3 VSO – F)

Durch die nachfolgende Unterschrift der Schulleitung wird zur Unterstützung der Schülerin / des Schülers _____ (Name, Geburtsdatum) auf Antrag der Erziehungsberechtigten _____ (Namen) der Einsatz der/des oben angegebenen Schulbegleiterin/s genehmigt.

Die Schulbegleiterin / der Schulbegleiter begleitet die Schülerin / den Schüler während _____ (Tätigkeitsfeld).

Die Genehmigung bezieht sich auf _____ (Schuljahr / Zeitraum), sie ist aus berechtigten Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

Die Schulbegleiterin / der Schulbegleiter hat über die ihr / ihm bei der Tätigkeit in der Schule 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 der Schülerin / des Schülers in Bezug auf diejenigen Angelegenheiten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Schülerin / dem Schüler stehen.

Ort, Datum

Unterschrift der Schulleitung

Die vorstehenden Angaben unter den Ziffern I. bis III. erfolgen im Einvernehmen mit der Schule.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/des Elternteils