

- Anlage -
Anlage zum Antrag auf Bewilligung einer Teilhabeassistenz; Leistung der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53, 54 SGB XII

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus!
 Bitte machen Sie handschriftliche Angaben in Druckschrift.

Datum _____

Name des Kindes: _____

 Geburts-
 datum: _____

Angaben zur Schule und Klasse

Name u. Anschrift der Schule	_____		
Schulform	_____		
Klassenlehrer	_____		
Jahrgangsstufe	_____		
Schuljahr	_____		
Klassenstärke	_____	davon Anzahl der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf	_____

Ist eine Poollösung möglich (Betreuung einer Teilhabeassistenz für mehrere Kinder)?

Wie viele Kinder?	_____
Welche Klasse?	_____

Welche konkreten Aufgaben soll die Teilhabeassistenz übernehmen, um die Teilhabe an der Gemeinschaft bzw. die angemessene Schulbildung zu ermöglichen/zu verbessern?

- Es wird bereits eine Teilhabeassistenz in der Klasse eingesetzt.

 Wie viele? _____ Sind sie einzelnen Schülern zugeteilt? ja nein

Welche Aufgaben haben sie?

Gegebenheiten der Schule

- Das Schulgebäude ist barrierefrei zu erreichen.
 - Die Türen des Gebäudes/der Gebäude sind einfach zu bedienen/öffnen?
 - Die Toiletten sind behindertengerecht.
 - Die Toiletten sind barrierefrei zu erreichen.
 - Klassen- und Fachräume sind barrierefrei zu erreichen.
- wenn nicht:
-

Schulische Unterstützung

Sonderpädagogischer Förderbedarf

- wurde beantragt am: _____
- wurde festgestellt am: _____
- Der Förderbedarf hinsichtlich _____ liegt vor.
- Das Kind nimmt am allgemeinen Förderunterricht teil.
- Die Förderung findet aufgrund von festgestelltem Förderbedarf statt.

Wie

Medizinische Notwendigkeiten

- Verordnung zur häuslichen Krankenpflege liegt vor.
- Wofür:
-

- Notfallmedikamente müssen gegeben werden
- Welche und unter welchen Umständen:
-

- sonstige medizinische Leistungen
- Welche:
-

Therapien in der Schule

- Krankengymnastik
- Logopädie
- Ergotherapie
- andere: _____
- keine

Arten der erforderlichen Hilfestellung	Zeitaufwand	
	pro Woche in Stunden	gelegentlich ankreuzen
Toilettengang		
<input type="checkbox"/> Wickeln		
<input type="checkbox"/> umfassende Hilfestellung		
<input type="checkbox"/> geringe Hilfestellung		
Frühstück und/oder Mittagessen		
<input type="checkbox"/> Nahrung zerkleinern		
<input type="checkbox"/> Füttern		
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Essenaufnahme		
wesentlich erhöhter Hilfebedarf im Schulalltag		
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Kommunikation (z.B. bei nicht sprechenden Schülern, Autisten)		
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Orientierung im Schulalltag		
<input type="checkbox"/> Unterstützung im Lern-/Arbeitsverhalten		
<input type="checkbox"/> Unterstützung in der Konzentration- und Ausdauerfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Unterstützung im Aufbau von Selbstständigkeit und Selbstorganisation		
<input type="checkbox"/> Unterstützung im sozialen und/oder emotionalen Bereich schwerbehinderter oder autistischer Schüler (insbesondere zur Eingliederung in die Klassengemeinschaft)		
<input type="checkbox"/> Konflikte mit Mitschülern		
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Raum-/Ortswechsel		
<input type="checkbox"/> Unterstützung/Betreuung während der Hofpausen		
<input type="checkbox"/> Betreuung zur Vermeidung von Weglaufen		
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Abwehr von Gefahrensituationen		

Arten der erforderlichen Hilfestellung	Zeitaufwand	
	pro Woche in Stunden	gelegentlich ankreuzen
<input type="checkbox"/> Erhöhter Aufsichtsbedarf wegen <hr/> <hr/>		
Praktische Hilfestellung während des Unterrichts		
<input type="checkbox"/> Materialien/Hilfsmittel bereitstellen		
<input type="checkbox"/> Materialien festhalten		
<input type="checkbox"/> Schreibassistenz		
<input type="checkbox"/> Handführung beim Schreiben		
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der PC-Nutzung		
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim Malen, Basteln		
<input type="checkbox"/> unterstützte Kommunikation		
<input type="checkbox"/> Sport-/Schwimmunterricht		
<input type="checkbox"/>		
An-/Ausziehen		
<input type="checkbox"/> zu Schulbeginn/-ende, Pausenanfang/-ende ggf. bei Raumwechsel		
<input type="checkbox"/> Sport-/Schwimmunterricht		
Ausflüge, Unterrichtsgänge		
<input type="checkbox"/> Rollstuhl schieben		
<input type="checkbox"/> Begleitung und Unterstützung		
Sonstiges		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

weitere erforderliche Assistenzleistungen:

- Der Schüler/die Schülerin benötigt die Teilhabeassistenz für die Stundenanzahl laut Stundenplan _____ Std./Woche.
- Der Schüler/die Schülerin ist für eine aktive Teilnahme am Schulleben auf eine ständige Betreuung während des gesamten Schultages angewiesen. _____ Std./Woche.
- Der Schüler/die Schülerin ist zeitweise auf eine Unterstützung durch eine/n Teilhabeassistenten/in angewiesen. _____ Std./Woche.
- Die Maßnahme kann durch eine/n bereits vorhandene Teilhabeassistenten/in eines anderen Schülers/einer anderen Schülerin sichergestellt werden.

Begründung (Unterrichtsfächer etc):

Ort, Datum

Unterschrift des/der Klassenlehrers/in

Kenntnis genommen:

Schulstempel / Unterschrift der Schulleitung

Unterschrift der Eltern/ der Sorgeberechtigten