

● Schulbericht zum Antrag auf Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe

gem. § 35 a SGB VIII

gem. §§ 99, 112 SGB IX

1 Schule

Schule*	
Straße - Hausnummer*	
PLZ*	Ort*

2 Kind

Name*	Vorname*
Straße*	
PLZ*	Ort*
Klasse*	Klassenlehrer/in*

Die Sorgeberechtigten beantragen für oben genanntes Kind Eingliederungshilfe in Form von

- LRS-Therapie
 Dyskalkulie-Therapie
 schulische Integrationshilfe
 Erstantrag
 Verlängerung

Bisheriger Bildungsweg (auch Kindergarten)

Datum von	Datum bis	Name der Einrichtung	erreichte Klasse

Die nachfolgenden Angaben beruhen auf

- schulinternen Beobachtungen im Zeitraum
 Informationen von

Dem Kind wird (individueller) Nachteilsausgleich

- nicht gewährt, weil
 wie folgt gewährt

Feststellung des Unterstützungsbedarfs gem. AO-SF wurde

- eingeleitet, Ergebnis steht aus
 durchgeführt mit Ergebnis (gegebenenfalls Förderschwerpunkt):

nicht eingeleitet weil

Schwerstbehindert gem. §15 AO-SF

IQ getestet am Ergebnis

Das Kind trägt

eine Sehhilfe eine Hörhilfe

ein anderes medizinisches Hilfsmittel

Der Schulbesuch ist

regelmäßig

unregelmäßig, bekannte Gründe

Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrkräften

Austausch regelmäßig Absprachen werden eingehalten

unzureichende Zusammenarbeit, weil

In welchen Fächern zeigt das Kind gute bis durchschnittliche Leistungen?

In welchen Fächern zeigt das Kind schwache Leistungen?

Welche Fördermaßnahmen werden dem Kind bezüglich Lernschwierigkeiten angeboten?

In welchem Umfang?

Konnten Lernfortschritte festgestellt werden?

Wurde ein Wechsel des Förderorts erwogen? Mit welchem Ergebnis?

Nur bei Antrag auf schulische Integrationshilfe auszufüllen (ausgenommen Poolschulen)

Werden weitere Kinder in der Klasse von einer Intergrationshilfe begleitet?

Ja, Anzahl: Nein

Eine Tandembetreuung ist über den Träger möglich

Eine Tandembetreuung ist nicht möglich, weil

Wie kommt das Kind zur Schule?

[Yellow bar for answer]

Besucht das Kind den Offenen Ganzttag (Zeitstunden pro Woche)?

[Yellow bar for answer]

Nimmt das Kind verpflichtend an Hausaufgabenbetreuung oder AGs in der Schule teil (Zeitstunden pro Woche)?

[Yellow bar for answer]

Die Unterrichtszeit plus Pausen beträgt: [Yellow bar] Zeitstunden pro Woche

Empfehlung der Schule über den notwendigen Bedarf: [Yellow bar] Zeitstunden pro Woche

3 Bitte die folgenden Einschätzungen über den Entwicklungsstand und besonderen Bedarf des Kindes im Kontext der Schulform vornehmen

Entwicklungs- bereich		Bei auffällig bis extrem auffällig geben Sie bitte an, welche Förderung/ Unterstützung die Schule dem Kind in diesem Bereich anbietet.	Welche Unterstützung soll das Kind durch die Eingliederungshilfe erhalten? Was soll verändert/ verbessert werden?
Arbeitsverhalten	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Regelakzeptanz	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Konzentration/ Ausdauer	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Ordnung/ Organisation	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Aufgaben- verständnis	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Unterstützung/ Hilfe einfordern	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Unterstützung/ Hilfe annehmen	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Umgang mit Misserfolgen	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Sprache/Aus- drucksfähigkeit	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Sehen/Hören	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Motorik	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]
Aggressivität	[Yellow bar]	[Yellow bar]	[Yellow bar]

Rückzugs- verhalten			
Verhalten in den Pausen			
Kontakte in der Klassen- gemeinschaft			
Umgang mit Kindern			
Umgang mit Erwachsenen			
Emotionale Grundstimmung			
Sonstiges			

4 Besonderer Bedarf

Bei begrenzter oder erheblicher Notwendigkeit bitte angeben, welche Bereiche von der Schule abgedeckt werden

Welche konkreten Aufgaben soll die Integrationshilfe übernehmen?

Pflegerische Hilfe			
Medikamentöse Versorgung			
Therapeutische Hilfe			
Umgang mit medizinischen Hilfsmitteln			
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme			
Sonstiges			

5 Welche der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten wurden bisher von der Schule in Anspruch genommen, bzw. zur Beratung hinzu gezogen?

Schulpsychologische Beratungsstelle

- Ja, Ergebnis: _____
- Nein, Begründung: _____

Schulsozialarbeiter

- Ja, Ergebnis: _____
- Nein, Begründung: _____

Sonderpädagogen

- Ja, Ergebnis: _____
- Nein, Begründung: _____

Autismus Beauftragte

- Ja, Ergebnis: _____
- Nein, Begründung: _____

- _____
- Ja, Ergebnis: _____
- Nein, Begründung: _____

6 Welche weiteren Maßnahmen hält die Schule im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten des Kindes für erforderlich?

- AO-SF Klassenwiederholung Schulpsychologische Beratungsstelle
- Nachhilfe medizinische Abklärung
- Sonstiges

Erreichbarkeit Schule / Klassenlehrer/in

persönlich / telefonisch zu folgenden Zeiten

7 Schulfachliche Stellungnahme Schulaufsicht (nur auszufüllen bei Anträgen nach §35a SGB VIII)

die vorrangigen schulischen Fördermöglichkeiten sind im vorliegenden Fall ausgeschöpft

die vorrangigen schulischen Fördermöglichkeiten sind im vorliegenden Fall nicht ausgeschöpft

Empfehlungen der Schulaufsicht an die Schulleitung

Datum, Klassenlehrer/in

Schulleiter/in