



Antrag auf Gewährung von Schulbegleitung

Antrag auf Gewährung von Tagesstättenbegleitung

Name:	Geburtsdatum:	
Schule/Tagesstätte	Klasse:	Schuljahr:

Ansprechpartner Schule:	Name:	Telefon:
Ansprechpartner Tagesstätte:	Name:	Telefon:

Schulprofil Inklusion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sie / Er erfüllt die Voraussetzungen des Art. 41 Abs. 1 BayEUG; Einschränkungen nach Art. 41 Abs. 5 BayEUG liegen nicht vor.
<input type="checkbox"/> Sie / Er besucht eine Förderschule; das sonderpädagogische Gutachten (Art. 51 Abs. 3 BayEUG) wird beigelegt.
<input type="checkbox"/> Sie / Er hat bereits seit einen Schul-/Tagesstättenbegleiter.
<input type="checkbox"/> Sie / Er benötigt auch im kommenden Schuljahr / einen Schul-/Tagesstättenbegleiter.

1) **Diagnosen:**

Behinderungen:	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	Pflegestufe:
	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	
	<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung
	<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
	<input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit	Häufigkeit: _____
	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Autistische Spektrumsstörung: _____
<input type="checkbox"/> andere seelische Behinderung nach ICD 10: _____		

Chronische Erkrankungen, die den Betreuungs- und Pflegebedarf erhöhen (z. B. Diabetes, Allergien, Hepatitis):

Aufenthalte und Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie / im Krankenhaus / beim Facharzt im letzten Schuljahr:		
Wann:	Ort:	Medikation:
Therapeutische Behandlungsmaßnahmen während der Schul- bzw. Tagesstättenzeit:		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____	Stunden/Woche
<input type="checkbox"/> Logopädie	_____	Stunden/Woche
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	_____	Stunden/Woche
<input type="checkbox"/> MSD (Regelschule)	_____	Stunden/Woche

2) **Medizinisch-pflegerische Versorgung (z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung, etc.):**

Mobilität

Motorik

Herausforderndes Verhalten	
<input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten	<input type="checkbox"/> extremes Angst- und Rückzugsverhalten
<input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten	<input type="checkbox"/> emotionale Störung (depressiv)
<input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens (aggressiv / oppositionell)	<input type="checkbox"/> gesteigertes Unruheverhalten
<input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Enuresis /Enkopresis
<input type="checkbox"/> Zwanghafte Verhaltensweisen	

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:

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:

3) **Wöchentlicher Betreuungsbedarf in Zeitstunden (aufgeschlüsselt nach Wochentagen – Stundenplan ist beizufügen)**

Montag	Dienstag:	Mittwoch
Donnerstag	Freitag	
Wochenstunden/gesamt:		

4) Rahmenbedingungen im Klassenverband bzw. Tagesstätte:

Schule:

Wie viele Schüler werden in der Klasse / Jahrgangsstufe übergreifenden Klasse beschult?

Gibt es bereits ein Kind mit einer persönlichen Begleitung (auch anderer Kostenträger)?

ja: (Name, Stundenumfang):

nein

Ist eine Maßnahmekombination denkbar?

.....

5) Schulische bzw. Tagesstätten-Rahmenbedingungen bezogen auf das Personal:

Personelle Ausstattung: (Pädagogen, Betreuer)

.....

.....

6) Betreuungsperson: (Wer soll Betreuung übernehmen? Qualifikation, Begründung, Std./Kosten)

.....

.....

Stand: 25.10.2011

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Urschriftlich zurück:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Name: _____, geb.: _____

Einverständniserklärung:

Ich/wir, _____, erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Bezirk Oberfranken – Sozialverwaltung – die **im Rahmen der Hilfestellung (z. B. Frühförderung, integrative Förderung in der Kindertagesstätte, Besuch der Schultagesstätte, Besuch der SVE-Tagesstätte, ambulante Begleitung(en), stationäre Internatsbetreuung)** erforderlichen Auskünfte über unser Kind einholt und die bei Ärzten, Kliniken und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Sozialberichte, ärztliche Stellungnahmen usw.) zur Einsicht heranzieht.

Ich/wir genehmige/n ferner die Verwertung dieser Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen und Atteste und entbinde/n die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

_____, den _____ (Erziehungsberechtigte/r)