

- Anlage -

**Antrag auf Bewilligung einer Teilhabeassistenz; Leistung der
Eingliederungshilfe gemäß §§ 90, 99, 112 Sozialgesetzbuch (SGB) IX**

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 der Schule	_____		
Schulform	_____		
Klassenlehrer	_____		
Jahrgangsstufe	_____		
Schuljahr	_____		
Klassenstärke		davon Anzahl der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf	

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

Mit welchem/welchen Kinder/n kann eine Poollösung durchgeführt werden?:

Name Kind: _____

Name Kind: _____

Wie und in welchem Umfang wird der Förderbedarf der Schüler in der Klasse umgesetzt?

Es werden bereits Betreuungskräfte 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 Tag in Minuten	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			

Arten der erforderlichen Hilfestellung	Zeitaufwand		
	pro Tag in Minuten	pro Woche in Stunden	gelegentlich ankreuzen
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			
<input type="checkbox"/> Erhöhter Aufsichtsbedarf wegen _____			
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 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.

Bemerkungen (Unterrichtsfächer etc):

Ort, Datum

Unterschrift des/der Klassenlehrers/in

Kenntnis genommen:

Schulleitung

Erziehungsberechtigte(r)