

An die
Kreisverwaltung Heinsberg
Amt für Soziales
Valkenburger Straße 45
52525 Heinsberg

Einrichtungstempel

Stellungnahme zum Einsatz einer Integrationshilfe

1. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:

Anschrift und E-Mail der Einrichtung:

Telefonnummer der Schule:

Durchwahl der Klasse:

Einrichtungsleitung:

Ersteller/in des Berichtes samt seiner / ihrer Funktion in der Klasse / Einrichtung:

Datum der Berichterstellung:

Ansprechpartner/in für Rückfragen:

2. Angaben zum Kind

Betreffendes Kind:

Geburtsdatum des Kindes:

Nationalität:

Anschrift des Kindes:

Telefonnummer des Kindes:

Behinderungsbild des Kindes laut Kenntnisstand der Einrichtung:

Das Kind ist der Einrichtung bekannt seit:

3. Angaben zur Klasse

Das Kind wird im Bewilligungszeitraum welche Klasse besuchen:

Die Klasse trägt folgende Bezeichnung:

Anzahl der Kinder in dieser Klasse:

Anzahl der Kinder in der Klasse mit sonderpädagogischem Förderbedarf:

In der Klasse tätiges Betreuungspersonal mit Angaben zur Qualifikation und zum Tätigkeitsumfang:

Das Kind besucht die Klasse täglich über folgenden Zeitraum: (Angabe der Zeiten an den jeweiligen Werktagen; bitte aktuellen Stundenplan zusätzlich beifügen)

4. Angaben zum bisherigen Hilfeverlauf

Welche Hilfen waren bisher erforderlich und durch wen erfolgten diese?

**Für den Fall, dass es um eine Weiterbewilligung der Integrationshilfe geht:
Gab es eine Entwicklung im vergangenen Bewilligungszeitraum? Wie sah diese aus?**

Wie gestaltete sich die Beziehung im vergangenen Zeitraum zwischen dem Kind und der bisherigen Integrationshilfe? Wird es seitens der Einrichtung befürwortet, dass die bisherige Person die Hilfe weiterhin durchführt?

Wie liefen die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen Schule und Elternhaus in der Vergangenheit?

5. Angaben zum Hilfebedarf

Hat das Kind während seiner Anwesenheit in der Einrichtung einen medizinischen und/oder therapeutischen Unterstützungsbedarf? Wenn ja, welchen? Wie umfangreich ist dieser? Und durch wen kann oder soll diesem adäquat begegnet werden?

(Konkrete Darstellung des Unterstützungsbedarfs samt Beispielen; hierzu gehört z. B. auch Verabreichung von Medikamenten, Umgang mit PEG-Sonde, Umgang mit Insulinpumpe etc.)

Finden Therapien in der Einrichtung statt?

Wenn ja, füllen Sie bitte den Anhang auf der letzten Seite aus. (Bei Änderung der Therapiezeiten im Verlauf des Bewilligungszeitraums bitte den Anhang aktualisieren und zusenden)

Ist es möglich die Therapie an die Eckzeiten zu legen (zu Beginn der Schule oder ans Ende)?

Wenn nein, bitte begründen:

Hat das Kind während seiner Anwesenheit in der Einrichtung einen pflegerischen Unterstützungsbedarf? Wenn ja, welchen? Wie umfangreich ist dieser? Und durch wen kann oder soll diesem adäquat begegnet werden?

(Konkrete Darstellung des Unterstützungsbedarfes samt Beispielen; hierzu gehört z. B. wickeln, lagern, Anreicherung von Nahrung etc.)

Hat das Kind während seiner Anwesenheit in der Einrichtung einen deutlich erhöhten pädagogischen Unterstützungsbedarf? Wenn ja, welchen? Wie umfangreich ist dieser? Und durch wen kann oder soll diesem adäquat begegnet werden?

(Konkrete Darstellung des Unterstützungsbedarfes samt Beispielen; hierzu gehören z. B. Verhaltensauffälligkeiten, Distanzlosigkeit, Weglauftendenz, starke Introvertiertheit, Außenseiter-Dasein, Eigen- und Fremdgefährdung etc.)

Geben Sie an, ob bereits sämtliche (sonder-) pädagogischen Maßnahmen der Schule ausgeschöpft sind. Bitte Begründung angeben.

Ist ein Schulbesuch ausgeschlossen, sofern eine Integrationshilfe nicht zur Verfügung steht?

Wenn ja, bitte Begründung angeben.

Bezieht sich der erforderliche Umfang des Unterstützungsbedarfes auf den gesamten Schultag oder nur auf einen Teil des Tages? Für welchen Zeitraum gibt es einen Bedarf? (Muss die Hilfe von Beginn des Tages an da sein? Muss sie bis zum Schluss da sein? Gibt es Nebenfächer oder besondere Einheiten, in denen auf eine zusätzliche Assistenz verzichtet werden kann?)

Gibt es einen Hilfebedarf während der Pausensituationen? Bitte konkret beschreiben.

Benötigt das Kind eine Begleitung vom Bus in die Klasse und von der Klasse zum Bus?

Wenn ja, warum?

6. **Angaben zur Integrationshilfe**

Konkrete Empfehlung für eine Integrationshilfe angeben in konkreten Start- und Endzeiten pro Tag und pro Woche. (Es kann für unterschiedliche Werkzeuge auch ein unterschiedlicher Stundenbedarf angegeben werden)

Könnte sich das Kind evtl. eine Integrationshilfe mit einem anderen Kind teilen oder ist eine 1:1-Begleitung aus bestimmten Gründen erforderlich?

Welche Eigenschaft(-en) sollte die Integrationshilfe nach Möglichkeit mitbringen? (Hier können Empfehlungen ausgesprochen werden, z. B. Geschlecht, Alter, sollte eine bestimmte Sprache sprechen, sollte eine bestimmte Ausbildung haben etc. Es kann seitens des Kostenträgers keine Zusicherung ausgesprochen werden, dass die Integrationshilfe auch die Eigenschaften besitzen wird)

7. **Allgemeines**

Sonstige wichtige Ergänzungen zu dem Fall:

Unterschrift des/r Berichterstellers/in

Unterschrift der Einrichtungsleitung

⇒ Bitte den Anhang auf der letzten Seite ausfüllen

Anhang

Mitteilung zu Therapien, die in der Einrichtung durchgeführt werden:

Vor - und Nachname des Kindes: _____

Mitteilung zum Stand vom (Datum): _____

Bitte tragen Sie ein, welche Therapie an welchem Tag von wann bis wann durchgeführt wird:

Therapieart	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Ort, Datum und Unterschrift der Einrichtung