

Zurück an

**Oberbergischer Kreis
Amt für Soziale Angelegenheiten
Abt. 50/2
Moltkestr. 42
51643 Gummersbach**

Fragebogen an die Schule

(Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabepflanverfahrens)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name und Anschrift der Schule | |
|--------------------------------------|--|

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erstantrag | <input type="checkbox"/> Folgeantrag | <input type="checkbox"/> Änderungsantrag |
|--|---|---|

| Daten zur Schülerin/ zum Schüler | | |
|--|----------|----------------------|
| Nachname: | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | Klasse: | JG/Schulbesuchsjahr: |
| Teilnahme OGS/Übermittagbetreuung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Wenn ja: bis Uhr | | |

| Bereits bekannter Unterstützungsbedarf der Schülerin/ des Schülers | |
|---|-----------------------------------|
| Zutreffendes ankreuzen | Anmerkungen/ als Anlage beigefügt |
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene (z.B. Hilfe beim Toiletengang) | |
| <input type="checkbox"/> Mobilität (z.B. Rollstuhlfahrer/in) | |
| <input type="checkbox"/> Zusätzlicher medizinischer Bedarf | |

| Bestehende schulische und sonstige Maßnahmen zur Unterstützung | |
|---|-----------------------------------|
| Zutreffendes ankreuzen | Anmerkungen/ als Anlage beigefügt |
| <input type="checkbox"/> AO-SF-Verfahren geplant oder durchgeführt | |
| <input type="checkbox"/> Förderpläne für individuelle Förderung im Klassenverband | |
| Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf <input type="checkbox"/> festgestellt <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden | |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an zusätzlichen schulischen Fördermaßnahmen über die Stundentafel hinaus (z.B. LRS/Rechenförderung, Ergo-, Logotherapie) | |
| <input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich (bitte rechts beschreiben) | |

| | |
|--|--|
| Angaben zur <input type="checkbox"/> jetzigen <input type="checkbox"/> zukünftigen Klasse <input type="checkbox"/> Schulwechsel | |
| Poolschule <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Klasse | |
| Anzahl der Schülerinnen und Schüler | |
| Wochenstunden nach Stundentafel (bitte Stundenplan beifügen) | |
| Name Klassenlehrer/in | |
| Sind an der Schule Sonder- oder Sozialpädagogen vorhanden? | |
| In der Klasse bereits tätiges sonderpädagogisches Personal (Anzahl Lehrkräfte/ Wochenstunden) | |
| <u>Gibt es weitere Kinder mit Integrationshilfe(n) in der Klasse? Falls ja:</u> Anzahl der Kinder und der jeweiligen Zeit stunden, Anzahl der bereits eingesetzten Integrationshilfen in der Klasse, Benennung des die Integrationshilfe(n) einsetzenden Trägers, Benennung der die Integrationshilfe(n) bewilligende(n) Stelle(n) | |
| <u>Bei bereits in der Klasse vorhandenen Integrationshilfe(n):</u> Ist eine Poollösung möglich? Wenn nicht, bitte Gründe anführen: | |
| Empfehlungen zum Stundenumfang der beantragten Integrationshilfe aus Sicht der Schule (bitte in Zeit stunden und ggf. Minuten angeben): | |
| Unterrichtszeit vormittags: Unterrichtszeit nachmittags: Schulwegbegleitung: Gesamtstundenumfang der Integrationshilfe: Teilnahme OGS/Übermittagbetreuung: | |

Teilhabemöglichkeiten in ausgewählten Lebensbereichen n. ICF

Lebensbereich Lernen und Wissensanwendung

| | Fähigkeiten | Beeinträchtigungen |
|--|-------------|--------------------|
| Bewusste sinnliche Wahrnehmung (Zuhören, Sehen, Lernen, Aufmerksamkeit fokussieren, Konzentration) | | |
| Lernen/ Fertigkeiten aneignen | | |
| Wissensanwendung (u.a. Kulturtechniken) | | |
| Lern- und Leistungsstand in einzelnen Hauptfächern | | |

Lebensbereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

| | Fähigkeiten | Beeinträchtigungen |
|--|-------------|--------------------|
| Aufgaben übernehmen (Einzel-/Mehrfachaufgaben) | | |
| Tägliche Routine ausführen | | |
| Umgang mit Regeln und Anforderungen | | |
| Mit Stress umgehen | | |
| Sein Verhalten steuern | | |

Lebensbereich Kommunikation

| | Fähigkeiten | Beeinträchtigungen |
|------------------------------------|-------------|--------------------|
| Kommunizieren als Empfänger | | |
| Kommunizieren als Sender | | |
| Benutzung von Kommunikationshilfen | | |

Lebensbereich Mobilität

| | Fähigkeiten | Beeinträchtigungen |
|--|-------------|--------------------|
|--|-------------|--------------------|

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Gehen/Fortbewegung | | |
| Grobmotorik | | |
| Feinmotorik (u.a. Handgebrauch) | | |

Lebensbereich Selbstversorgung

| | Fähigkeiten | Beeinträchtigungen |
|-----------------------|-------------|--------------------|
| Essen/Trinken | | |
| Toilettengang | | |
| Kleiden | | |
| Auf Gesundheit achten | | |

Lebensbereich Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

| | Fähigkeiten | Beeinträchtigungen |
|--|-------------|--------------------|
| Beziehungen aufbauen | | |
| Beziehungen pflegen (u.a. Gruppenarbeit, Sozialkompetenzen, Konfliktfähigkeit) | | |
| Formelle Beziehungen (u.a. zu Lehrkräften) | | |

Weitere Bedarfe

| | |
|----------------------------|--|
| Selbst-/ Fremdgefährdung | |
| Medizinische Unterstützung | |
| | |

| | |
|----------------------------|--|
| Hilfsmittel im Schulalltag | |
| Leidensdruck | |
| Weiteres | |

| Aufgabenbereiche der Integrationshilfe | Anmerkungen |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Ermöglichung von Unterricht (für das betreffende Kind selbst und/ oder für die Klasse insgesamt) | |
| <input type="checkbox"/> Strukturierung des Schulalltags | |
| <input type="checkbox"/> Bewältigung von Krisensituationen | |
| <input type="checkbox"/> Psychische Stabilisierung | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung im lebenspraktischen Bereich | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung im pflegerischen Bereich | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Anwendung individueller Hilfsmittel | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Aufgaben | |
| Bei Folge-/ Änderungsantrag zusätzlich: | |
| Welche Aufgaben hat die Integrationshilfe (IH) konkret bisher wahrgenommen? | |
| Wie wurde durch die IH die Teilhabe am Unterricht ermöglicht/ verbessert? | |
| Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit dem Träger der IH? | |
| Besteht aus Sicht der Schule perspektivisch die Möglichkeit, den Einsatz der IH zu reduzieren? Welche Maßnahmen sind hierfür ggf. erforderlich? | |
| Welche Hilfestellungen der IH können im Sinne der schulischen Inklusion von Lehrkräften/ Mitschülerinnen und Mitschülern übernommen werden? | |

Pädagogischer (Kurz-)Bericht über die Entwicklung der Schülerin/des Schülers

Bitte fügen Sie den Stundenplan incl. Angabe der Schulfächer mit Anfangs- und Endzeiten und der Pausenzeiten bei.

Im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens findet eine umfassende Bedarfsermittlung statt. Geben Sie bitte aus diesem Grund einen Ansprechpartner mit dazugehörigen dienstlichen Kontaktdaten an.

Name:

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum, Unterschrift:

Erstellt von (ggf. unter Beteiligung Dritter):