

Kreis Soest
Abteilung Soziales
Sicherung des Lebensunterhalts
Hoher Weg 1-3
59494 Soest

Geschäftszeichen: 50.01.1107

Antrag auf Gewährung einer Schulbegleitung

nach § 112 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Die Schulbegleitung stellt eine Leistung der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) dar.

Über diesen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Sie im Folgenden möglichst genaue Angaben machen (die Felder erweitern sich bei Texteingabe automatisch).

Bitte denken Sie daran Ihrem Antrag alle erforderlichen Unterlagen (siehe "Wichtige Hinweise" am Ende dieses Dokuments) beizufügen.

Erstantrag

Folgeantrag

Für das Schuljahr:

A) Angaben zum Kind

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|
| Familiename | | Vorname | |
| Straße und Hausnummer | | Postleitzahl und Wohnort | |
| Geschlecht | Geburtsdatum | | Geburtsort |
| Krankenversicherung des Kindes | | | Versicherungsnehmer:in |
| Anschrift der Krankenversicherung | | | Versichertennummer |
| Staatsangehörigkeit | | | |

Bei ausländischer Staatsangehörigkeit (bitte ankreuzen):

dauerhafter Aufenthalt

befristeter Aufenthalt

B) Angaben zu den Sorgeberechtigten

| | |
|------------------------------|--------------------|
| Familiennamen der Mutter | Vorname der Mutter |
| Anschrift (falls abweichend) | |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Familiennamen des Vaters | Vorname des Vaters |
| Anschrift (falls abweichend) | |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse |

Das Sorgerecht liegt bei:

Eltern Mutter Vater

Vormund oder weitere
erziehungsberechtigte
Person(en)

Name und Kontaktdaten:

Ist Ihr Kind in einer Einrichtung über Tag und Nacht untergebracht?

nein ja

wenn ja, bitte den Namen der stationären Wohneinrichtung / Gruppe angeben:

Handelt es sich um ein Pflegekind?

nein ja

wenn ja, bei wem bzw. wo hat das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie gelebt
(Name, Anschrift)?

Bezieht Ihr Kind oder Sie als Eltern eine der folgenden Leistungen:

Leistungen nach dem SGB II -
Grundsicherung für Arbeitssuchende Leistungen nach dem SGB XII -
Sozialhilfe keine dieser Leistungen

C) Angaben zur Behinderung des Kindes

Welche Behinderung hat Ihr Kind?

Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten?

nein ja

wenn ja: gibt es einen Schadensersatzanspruch?

nein ja

wenn ja, gegen wen? (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis oder einen Bescheid über die Anerkennung einer
Schwerbehinderung?

ja nein ist beantragt

wann:

| | | |
|------------------------|--------------|----------------|
| wenn ja, welchen Grad: | Merkzeichen: | befristet bis: |
|------------------------|--------------|----------------|

Hat Ihr Kind einen anerkannten Pflegegrad?

nein

ja

wenn ja, welcher
Pflegegrad?

ist beantragt

wann:

Welche Ärzte behandeln Ihr Kind? (Name, Fachrichtung und Ort)

Welche Therapien erhält Ihr Kind?

Bekommt Ihr Kind Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)?

ja

nein

ist beantragt

wenn ja, welche:

Die folgende Frage nur bei Erstantrag auszufüllen:

Hat Ihr Kind in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe (Autismustherapie, Motopädie, Schulbegleitung etc.) erhalten?

nein

ja

wenn ja, von wem und welche:

D) Angaben zum Unterstützungsbedarf im Schulalltag

| | |
|---|---|
| Welche Schule besucht Ihr Kind im beantragten Zeitraum? | Welche Klasse wird Ihr Kind im beantragten Zeitraum besuchen? |
|---|---|

Wird Ihr Kind die Randstundenbetreuung / OGGS besuchen?

ja

nein

Welche Unterstützung benötigt Ihr Kind im Unterricht / im Schulalltag?

Was ist wichtig um die persönliche Situation Ihres Kindes zu verstehen (medizinische Vorgeschichte, bisherige Erfahrungen, Charaktereigenschaften, bedeutsame Lebensereignisse, Lebensweisen etc.)?

Benutzt Ihr Kind aktuell Hilfsmittel in der Schule (im Bereich Kommunikation, Mobilität, Sehen etc.)?

nein

ja

wenn ja, welche Hilfsmittel?

Kann sich Ihr Kind eigenständig fortbewegen?

ja ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln nein nein, nur mit personeller Unterstützung

Kann Ihr Kind selbstständig essen und trinken?

ja ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln nein nein, nur mit personeller Unterstützung

Kann Ihr Kind selbstständig auf die Toilette gehen?

ja ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln nein nein, nur mit personeller Unterstützung

Ist Ihr Kind in der Lage sich selbstständig an- und auszuziehen?

ja teilweise nein nein, nur mit personeller Unterstützung

Wie kommuniziert Ihr Kind?

Sprache / verbal (technische) Hilfsmittel Gebärden Gestik / Mimik

Kann sich Ihr Kind an Abläufe und Regeln halten?

ja nein nein, nur mit personeller Unterstützung

Hat Ihr Kind ein altersgemäßes Gefahrenbewusstsein?

ja nein nein, nur mit personeller Unterstützung

In welchem zeitlichen Umfang benötigt Ihr Kind aus Ihrer Sicht eine Schulbegleitung im Schulalltag?

| |
|-----------------------------|
| Zeitstunden pro Woche |
| Name des Leistungsanbieters |

Haben Sie bereits einen Leistungsanbieter, der die Schulbegleitung übernehmen soll?

Ich möchte die Schulbegleitung als "Persönliches Budget" in Anspruch nehmen:

nein ja, und zwar: vollständig teilweise

für folgende Leistungen:

Wichtige Hinweise

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen in Kopie bei:

- ärztliche Stellungnahme zur Behinderung des Kindes (möglichst mit ICD Diagnose(n) **und** Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 2 SGB IX / diese Unterlagen sollen nicht älter als 6-8 Monate sein)
- Bericht der (aufnehmenden) Schule (Formular unter www.kreis-soest.de/schulbegleitung)
- Bericht der Kindertageseinrichtung bei Schulanfänger:innen
- Gutachten und Bescheid zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (AO-SF)
 - Bei Erstanträgen

- Kopie des Schwerbehindertenausweis / alternativ Bescheid
- Bestätigung über den Aufenthaltsstatus bei ausländischer Staatsangehörigkeit

Bei Betreuungsbedarf in der OGS / Randstunde:

- Bericht der OGS / Randstundenbetreuung (Formular unter www.kreis-soest.de/schulbegleitung)
- Kopie des Betreuungsvertrags

Erklärung:

Ich weiß / Wir wissen, dass ich / wir wahrheitsgemäße und vollständige Angaben über die Verhältnisse aller, für die Bescheidung wichtigen Familienmitglieder zu machen habe/n und Änderungen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe/n.

Hierzu zählen insbesondere Änderungen in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (z.B. Wohnungswechsel, Krankenhausaufenthalte).

Ich versichere / Wir versichern hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen (§ 60 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich / sind wir informiert (§ 66 SGB I).

Es ist mir / uns bekannt, dass ich / wir wegen unvollständiger und unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann / können und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss / müssen (§ 263 StGB).

Ich habe / wir haben davon Kenntnis, dass der Kreis Soest seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß §§ 14 und 15 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann. Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten bin ich / sind wir einverstanden.

Ich bin / wir sind darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Bedarfsermittlung des Kreises Soest erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamtplanes verwendet werden.

Ich bin / wir sind darüber informiert, dass mit meiner Zustimmung der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtkonferenz gemäß § 143 SGB IX durchführen kann.

Beim Ausfüllen dieses Formulars wurde ich unterstützt durch:

Ort, Datum

Unterschrift/en Sorgeberechtigte

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich,

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Name des/der Sorgeberechtigten | Vorname des/der Sorgeberechtigten | Geburtsdatum |
| Straße und Hausnummer | Postleitzahl | Wohnort |

dass ich

| |
|--|
| - die Schule (Name, Anschrift, Ansprechperson) |
| - die Ärztin, den Arzt (Name, Anschrift) |
| - die Therapeutin, den Therapeuten (Name, Anschrift) |
| - den Träger der Schulbegleitung (Name, Anschrift) |
| - den Träger der OGGs / Betreuung (Name, Anschrift) |
| - meine Vertrauensperson (Name, Anschrift) |

sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreises Soest (Abteilungen Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie sowie Schule, Bildung und Intergration)

bezüglich des **Antrages auf Teilhabe an Bildung** (§ 112 SGB IX) für mein Kind

| | |
|------------------|--------------|
| Name und Vorname | Geburtsdatum |
|------------------|--------------|

wechselseitig von ihrer gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit entbinde.

Ich bin über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie möglicher Folgen einer Verweigerung aufgeklärt und weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

| | |
|---------------|----------------------------------|
| Ort und Datum | Unterschrift/en Sorgeberechtigte |
|---------------|----------------------------------|