

Schulbericht zum Antrag auf Gewährung einer Inklusions- assistenz (Schulbegleitung)

Rhein-Sieg-Kreis
 Der Landrat
 Sozialamt, Sachgebiet 50.13
 Postfach 1551
 53705 Siegburg

Besucheranschrift:
 Der Landrat
 Sozialamt, Sachgebiet 50.13
 Rathausallee 10
 53757 Sankt Augustin



Die Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten zum Austausch personenbezogener Daten über die nachstehende Person liegt vor.

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Aktuell besuchte Klasse: Voraussichtliches Ende der Beschulung:

Förderschwerpunkt nach AO-SF:

- geistige Entwicklung**
- körperlich-motorische Entwicklung**
- sozial-emotionale Entwicklung**
- Sprache**
- Lernen**
- Hören und Kommunikation**
- Sehen**

Angaben zur Schule:

Bezeichnung	
Anschrift	Telefon

Ansprechperson in der Schule

Name:	Funktion:
Erreichbarkeit	Telefon
Emailadresse:	
Name:	Funktion:
Erreichbarkeit	Telefon
Emailadresse:	

Angaben zur Inklusionsassistenz

Zeitlicher Umfang der notwendigen Begleitung. Genaue Erfassung der zeitlichen Lage je Wochentag, ggf. mit Erläuterung:

Montag:	Uhr -	Uhr: insgesamt	h und	Minuten
Dienstag:	Uhr -	Uhr: insgesamt	h und	Minuten
Mittwoch:	Uhr -	Uhr: insgesamt	h und	Minuten
Donnerstag:	Uhr -	Uhr: insgesamt	h und	Minuten
Freitag:	Uhr -	Uhr: insgesamt	h und	Minuten

Betreuungszeit pro Woche insgesamt: (inkl. OGS)

Begründung bei verändertem Stundenumfang im Vergleich zum vorherigen Zeitraum:

Können Sie die voraussichtlich benötigte Qualifikation der Inklusionsassistenz einschätzen:

- einfache Assistenz
- erfahrene Assistenz
- pädagogische fachliche Assistenz
- medizinisch fachliche Assistenz
- unklar

Klassenstärke:

Anzahl der Schüler*innen mit Inklusionsassistenz:

davon Assistenzkräfte nach SGB VIII (Jugendamt):

davon Assistenzkräfte nach SGB IX (Sozialamt):

davon Assistenzkräfte nach SGB V (Krankenkasse):

Es besteht die Möglichkeit einer gemeinsamen Inanspruchnahme der Leistung („Pool-Lösung“) mit einem anderen anspruchsberechtigten Kind/Jugendlichen der Schule

- Ja: Initialen mögliche Partnerkinder:
- Nein

Leistungsanbieter bereits bestehender Inklusionshilfen in der Klasse:

Beschreibung die behinderungsbedingten Teilhabeeinschränkungen des Kindes und deren Auswirkungen auf den Schulalltag (Bitte beschreiben Sie ausführlich den vorliegenden Unterstützungsbedarf, bzw. bei Folgeanträgen die Entwicklungen im letzten Bewilligungszeitraum unter Berücksichtigung der aufgestellten Teilhabeziele)

Was kann das Kind/ der/die Schüler(in) ohne Hilfe von anderen oder die Nutzung von Hilfsmitteln (fachliche Sicht).

Welche schulischen Ressourcen werden bereits genutzt, um dem bestehenden Bedarf zu entsprechen?

z.B. Hilfsmittel, räumliche Gegebenheiten und Leistungen, die sich positiv auf den (angestrebten) Schulbesuch auswirken. Beschreibung von unterstützenden Maßnahmen, die bereits durchgeführt wurden und derzeit innerhalb und außerhalb der Schule durchgeführt werden (fachliche Sicht).

Welche Förderung erfolgt durch den Sonderpädagogen:

Barrieren oder fehlende Förderfaktoren, räumliche Gegebenheiten und Leistungen, die sich negativ auf den (angestrebten) Schulbesuch auswirken (fachliche Sicht).

Beschreiben Sie konkret die Aufgaben der Inklusionsassistenz**Bitte beachten Sie:**

Die Aufgabe der Inklusionsassistenz ist es, dem Kind/Jugendlichen die Teilhabe an Bildung zu ermöglichen und an den seitens der Schule und des/der Sonderpädagogen/in erarbeiteten individuellen Lehr- und Förderplan flankierend zu unterstützen. Es ist nicht Aufgabe der Inklusionsassistenz eine (heil)pädagogische, medizinisch-therapeutische oder pflegerische Leistung zu erbringen.

An welchen inhaltlichen Schwerpunkten sollte die Inklusionsassistenz in Zukunft mit dem Kind/Jugendlichen arbeiten (bei Folgeanträgen)?**Der individuelle Stunden- und Förderplan ist diesen Antrag beizufügen!**

Name der Klassenleitung:

/ _____

Ort, Datum _____ Unterschrift der Klassenleitung _____

Name der Schulleitung:

/ _____

Ort, Datum _____ Unterschrift der Schulleitung _____