

Elternfragebogen zum Wiederholungsantrag schulbegleitende Hilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) bzw. Achtes Buch (VIII)

**Ich/ wir beantrage/n für mein/unser Kind _____
Eingliederungshilfe in Form der Kostenübernahme für eine Schulbegleitung.**

Liebe Eltern,

Sie haben erneut einen Antrag auf schulbegleitende Hilfe für Ihr Kind gestellt. Hierzu benötigen wir aktualisierte Informationen zum derzeitigen Stand der Dinge. Beantworten Sie die Fragen so, wie es aus Ihrer Sicht am besten zutrifft, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen.

Für ein späteres persönliches Gespräch mit Ihnen bilden Ihre Angaben die Grundlage.
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Eltern	Vater	Mutter
Name, Vorname	_____	_____
Anschrift	_____	_____
Familienstand	_____	_____
berufliche Tätigkeit	_____	_____
erreichbar unter Tel:	_____	_____
Email-Adresse:	_____	_____
Schule des Kindes _____		
Klasse _____		
Schulwechsel geplant zur	Schule: _____	ab: _____

Welche besonderen Lebensereignisse hat es während des letzten Jahres gegeben?

<input type="checkbox"/> Familienzuwachs	<input type="checkbox"/> schwere Erkrankung in der Familie
<input type="checkbox"/> Umzug	<input type="checkbox"/> Tod einer nahestehenden Person
<input type="checkbox"/> Auszug eines Familienmitglieds	<input type="checkbox"/> Trennung der Eltern
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

Erziehung und außerschulische Betreuung

Wie wird das Kind außerhalb der Schulzeit betreut?

<input type="checkbox"/> von den Eltern	<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Kind wird nicht betreut
<input type="checkbox"/> von den Großeltern	<input type="checkbox"/> Ganztagsangebot in der Schule	
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		

Welche Veränderungen haben sich seit Beginn der Schulbegleitung in der Beziehung zwischen Ihnen als Eltern und Ihrem Kind ergeben?

keine

Die Beziehung hat sich verbessert (bitte beschreiben) _____

Neue erzieherische Schwierigkeiten sind hinzugekommen (bitte beschreiben) _____

Welche Hilfen nehmen Sie über das Jugendamt in Anspruch?

keine

Erziehungsbeistand

Tagesgruppe

Familienhilfe (SPFH)

sonstige _____

Erkrankungen des Kindes

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind in der letzten Zeit?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? nein ja, welche? _____

Krankenhausaufenthalt: Dauer _____ Grund _____

Wurde ein Grad der Behinderung festgestellt? nein ja _____%

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden in der Zwischenzeit empfohlen und durchgeführt?

von wem _____ welche _____ durchgeführt von/bis _____

von wem _____ welche _____ durchgeführt von/bis _____

Wie schätzen Sie den nervlichen/seelischen Zustand ihres Kindes seit Beginn der Schulbegleitung ein? Bitte beschreiben Sie.

verbessert

verschlechtert

gleich _____

Schule

Wiederholung der Klasse _____ auf Elternwunsch auf Anraten der Schule

Besteht sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf? nein ja, im Bereich: _____

Schulwechsel hat stattgefunden: wann _____ warum _____

zeitweise kein Schulbesuch, weil: _____

Bekommt Ihr Kind einen **Nachteilsausgleich** in der Schule? nein

ja, und zwar: gesonderte individuelle Aufgaben

Aussetzen der Note

stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen

Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen

Sonstiges: _____

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen Ihres Kindes als auffällig beurteilt?

nein ja, welche _____

Was hat sich aus Sicht der Schule seit Beginn der Maßnahme bzgl. der Verhaltensweisen verändert?

Letztes Gespräch mit dem/der Klassenlehrer*in _____

Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit der Schule ein? _____

Geht das Kind zurzeit gerne in die Schule?

ja nein hat große Angst vor der Schule

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

ja fehlt oft, weil _____

„schwänzt“ kommt häufig zu spät

Hat das Kind Schwierigkeiten mit seinem/r Lehrer*in?

nein ja, weil _____

Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

ja nein, weil _____

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja nein, weil _____

Schulbegleitende Hilfe

Wie wirkt sich die Schulbegleitung aus auf ... (bitte kurz beschreiben:)

...Umgang mit anderen Kindern

...Freizeitverhalten

...die Hausaufgabensituation

...Einstellung zu schulischen Anforderungen (Schulmotivation)

...die Schulleistungen

Hat es im Bewilligungszeitraum einen Wechsel des Schulbegleiters gegeben?

ja nein

Kommt Ihr Kind mit dem/der Schulbegleiter*in zurecht?

ja nein, weil: _____

Kommen Sie als Eltern mit dem/der Schulbegleiter*in zurecht?

ja nein, weil: _____

Was hat sich aus Ihrer Sicht durch die schulbegleitende Hilfe
verändert? _____

Was wünschen Sie sich von der Schulbegleitungsmaßnahme in der Zukunft?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater beiden Eltern von _____

Der Schulfragebogen liegt der Schule vor und wird von dort eingereicht: Ja / Nein

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift

Angabe zu den behandelnden Ärzten/Therapeuten/Kliniken/Praxen:

Das Kind befindet sich in Behandlung bei folgenden Ärzten/Kliniken/Therapeuten:

1.
2.
3.
4.

Schweigepflichtentbindung:

Wir/Ich als gesetzlicher Vertreter des o. g. Kindes entbinde/n hiermit die zur Frage der Entwicklungsstörung und der seelischen Gesundheit diagnostizierende Stelle und die Lehrer/innen unseres/meines Kindes sowie die Gemeinsame Fachstelle Diagnostik, die Therapeuten/innen und dem FB 34, Senioren u. Inklusion, von der Schweigepflicht gegenüber der Gemeinsamen Fachstelle Diagnostik und den Therapeuten/innen und gebe/n das Einverständnis dazu, dass insbesondere

- die Schule in dieser Form schriftlich und mündlich zu den gestellten Fragen an den FB 34, Senioren u. Inklusion, die zur Frage der Entwicklungsstörung und der seelischen Gesundheit diagnostizierende Stelle und die Fachstelle § 35a SGB VIII berichten darf,
- der Schulbericht sowie die Zeugnisse und Klassendiktate/-arbeiten an die zur Frage der Entwicklungsstörung und der seelischen Gesundheit diagnostizierende Stelle, an den FB 34, Senioren u. Inklusion, und die Fachstelle § 35a SGB VIII weitergeleitet werden dürfen,
- ggf. eingereichte schriftliche Unterlagen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung dem FB 34, Senioren u. Inklusion, der zur Frage der Entwicklungsstörung und der seelischen Gesundheit diagnostizierende Stelle und der Fachstelle § 35a SGB VIII zur Verfügung gestellt werden,
- der/die zu behandelnde/n Arzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in, Psychologische Psychotherapeut/-in schriftlich und mündlich zu den gestellten Fragen der zur Frage der Entwicklungsstörung und der seelischen Gesundheit diagnostizierenden Stelle und der gemeinsamen Fachstelle Diagnostik berichten darf
- die vg. Unterlagen und die Test- und Untersuchungsergebnisse der/dem Therapeuten/in zur Verfügung gestellt werden.

Zudem sind/bin wir/ich damit einverstanden, dass der Landkreis Northeim als zuständiger Träger der Sozialhilfe sowie die Fachstelle für Diagnostik von den Ärzten und Einrichtungen, die ich/wir im Antrag angegebenen habe/n oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen oder psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die der Landkreis Northeim für die Entscheidung über den Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Antragsverfahrens und Leistungsbezuges stattgefunden haben - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte -, werde/n wir/ich unseren/meinem zuständigen Träger der Sozialhilfe umgehend mitteilen. Wenn wir/ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre/n, sind/bin wir/ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen vom Träger der Sozialhilfe unmittelbar angefordert werden können.

Wir/Ich sind/bin ferner damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach § 116 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Landkreis Northeim als Träger der Sozialhilfe und Dritte herausgegeben und eingesehen und verwertet werden.

Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Wir/Ich sind/bin darüber informiert, dass der Träger der Sozialhilfe Daten, die er im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von mir beantragten Leistung erhalten hat, an einen anderen Träger der Sozialhilfe sowie Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben darf, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X. Wir/Ich können/kann einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass uns/mir eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn wir/ich zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde/n (§ 66 SGB I).

Mitwirkungspflichten:

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist der FB 34, Senioren u. Inklusion auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb sind in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) die Mitwirkungspflichten gesetzlich festgelegt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte (z.B. Lehrerinnen/Lehrer) zuzustimmen und Beweisurkunden (z.B. Fördergutachten) vorzulegen. Ist die Sachverhaltsaufklärung erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht nicht, wenn Ihnen die Mitwirkung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater andere, wer? _____

Bei welchem Elternteil lebt das Kind? Mutter Vater

Uns/Mir ist bekannt, dass wir/ich gesetzlich verpflichtet sind/bin, alle Änderungen der für die Bewilligung der beantragten Hilfe maßgeblichen Tatsachen unverzüglich und unaufgefordert dem FB 34, Senioren u. Inklusion, anzuzeigen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten)

Informationen zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt im Rahmen der Antragstellung und Leistungsgewährung nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) bzw. Achten Buch (SGB VIII)

Die Speicherung der Daten erfolgt für die Zeit des Leistungsbezuges nach dem SGB IX oder SGB VIII sowie der jeweils bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Hinweis auf Rechte:

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten.

Sie haben außerdem das Recht, die Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten zu verlangen. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema Datenschutz können Sie sich jederzeit an die nachstehenden Adressen wenden.

Des Weiteren steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Landkreis Northeim
Landrätin Frau Astrid Klinkert-Kittel
Medenheimer Str. 6/8
37154 Northeim
Tel.: 05551-708-0
E-Mail: info@landkreis-northeim.de

Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten für den Landkreis Northeim:

Kommunale Dienste Göttingen –KDG- (kAöR)
Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r
Paulinerstraße 14
37073 Göttingen
Tel.: +49 0551 384-4125
E-Mail: datenschutz@kdgoe.de

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon: 0511-120 4500
Fax: 0511-120 4599
E-Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de