

Fragebogen zur Umsetzung der Inklusion von Kindern mit seelischen Behinderungen in Kindertagesstätten zum Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII

Sehr geehrte Damen und Herren,

um einen möglichst umfassenden Eindruck über das Kind erhalten zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe und Informationen angewiesen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst detailliert, auch wenn Ihnen aktuell nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie den Fragebogen danach aus, wie sich das Verhalten des Kindes aus Ihrer Perspektive darstellt, auch wenn dies von den Perspektiven anderer Personen abweichen sollte. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum jungen Menschen

| | |
|--------------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| PLZ, Wohnort | |
| Straße, Hausnummer | |
| Telefonnummer der Eltern | |

Angaben zur Kindertagesstätte

| | |
|-----------------------------------|--|
| Name: | |
| Anschrift: | |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail: | |
| Ansprechpartner: | |
| E-Mail Ansprechpartner (optional) | |

Angaben zur Aufnahme des jungen Menschen

Das Kind soll aufgenommen werden am: _____ Das Kind besucht die Kita bereits seit: _____

Konzeptionelle Ausrichtung der Kindertagesstätte

Betreuungsformen

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> offene Gruppen | <input type="checkbox"/> geöffnete Gruppen | <input type="checkbox"/> teiloffene Gruppen | <input type="checkbox"/> geschlossene Gruppen |
| <input type="checkbox"/> Krippengruppe | <input type="checkbox"/> Hortgruppe | <input type="checkbox"/> Kleine Altersmischung | <input type="checkbox"/> Große Altersmischung |
| <input type="checkbox"/> Andere: | | | |

Angaben zur Gruppe

| | | |
|------------------|-------------------|---------------|
| Name der Gruppe: | Stellenschlüssel: | Gruppengröße: |
|------------------|-------------------|---------------|

Angaben zur personellen Situation in der KiTa

- die KiTa/ die Gruppe ist nach dem Personalschlüssel voll besetzt die Kita / die Gruppe ist nicht ausreichend besetzt, wegen:

Anwesenheitszeiten des Kindes

| Wochentag | Stundenanzahl | von / bis |
|------------|---------------|-----------|
| Montag | Stunden: | Uhr |
| Dienstag | Stunden: | Uhr |
| Mittwoch | Stunden: | Uhr |
| Donnerstag | Stunden: | Uhr |
| Freitag | Stunden: | Uhr |

Anmerkung: Die Einsatzzeiten der Integrationshilfe/ dem Träger werden vor Ort mit dem Team der Kindertagesstätte geplant und sind nach Absprache mit der Integrationshilfe/ dem Träger veränderbar.

Besucht das Kind regelmäßig die Kita?

- ja nein, weil:

Fehlzeiten im Monat: Begründung, soweit bekannt:

Erfahrungen mit der Umsetzung der Inklusion

Haben Sie Erfahrung bezüglich der Inklusion von Kindern mit Behinderung?

- ja nein

Wenn Ja, wird/wurde der Bedarf durch einen externen Anbieter (Integrationsfachdienst) gedeckt?

- ja nein

Wenn ja, durch welchen Anbieter?

Kooperationen zu externen Fachdiensten

Gibt es feste Kooperationen zu externen Fachdiensten?

- ja nein

Fachdienste

- Erziehungsberatungsstelle Frühförderzentrum Autismus-Therapie Fachberatung

mobile heilpädagogische Entwicklungsbegleitung Praxis für Entwicklungspädagogik

Sonstige:

Name und Anschrift des Fachdienstes/ der Fachdienste:

Fachliche Empfehlungen

Wurden von diesen Fachdiensten Empfehlungen zur Inklusion des Kindes oder konkrete Maßnahmen ausgesprochen?

ja nein

Wenn ja, welche?

Was wurde ggf. seitens der KiTa unternommen, um die Herausforderungen im Sozialverhalten des Kindes zu verringern?

Welche Maßnahmen waren bisher erfolgreich bzw. nicht und warum?

Therapeutische Anbindung

Besucht das Kind externe Therapien?

ja nein

Wenn ja, welche?

Logopädie Ergotherapie Physiotherapie Psychotherapie Autismus-Therapie

Sonstige:

Erwartungen und Ziele zur Teilhabe des Kindes in der Kindertagesstätte

Lernen und kognitive Entwicklung: Was soll das Kind lernen?

Soziale Beziehungen und soziales Umfeld: Wie sollen in Zukunft die sozialen Beziehungen und das soziale Umfeld des Kindes aussehen?

Gesundheit: Was ist für die Gesundheit des Kindes wichtig?

Sprache: Was ist für die Sprachentwicklung des Kindes notwendig?

Weitere wichtige, bisher nicht genannte grundsätzliche Ziele...

Einschätzungen zur Entwicklung des Kindes

Entwicklungsbereich Sprache

Kann sich das Kind in der Gruppe verständigen? ja nein

Bemerkung:

Besondere / Weitere Auffälligkeit/-en im Bereich Sprache (z.B. Sprachverständnis, aktiver Wortschatz, nonverbale Kommunikation, Sprechfreude)

Entwicklungsbereich Kognition

Kann das Kind von sich aus eigene Spielideen entwickeln? ja nein teilweise

Bemerkung:

Kann das Kind für sich Handlungen planen und dieses dann umsetzen?

ja

nein

teilweise

Bemerkung:

Kann das Kind die täglich wiederkehrenden (Tages-) Abläufe (z.B. Essenssituationen, Aufräumen) in der KiTa umsetzen?

ja nein teilweise

Bemerkung:

Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Kognitive Entwicklung:

Entwicklungsbereich Grob- und Feinmotorik

Auffälligkeit(en) im Bereich Grob- und Feinmotorik:

Entwicklungsbereich Wahrnehmung

Auffälligkeit(en) im Bereich Wahrnehmung:

Entwicklungsbereich Motivation

Bemerkung:

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Wechselt das Kind häufig und ungeplant seine Aktivitäten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Spielt das Kind gemeinsam mit einer Gruppe von Kindern, sucht es sich Anregung für das eigene Spiel / holt es sich Impulse? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|

Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Antrieb und Motivation:

| Entwicklungsbereich Selbstständigkeit / lebenspraktische Fähigkeiten | | Bemerkung: |
|--|--|------------|
| Ist das Kind selbstständig bei der Nahrungsaufnahme? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Zeigt das Kind Auffälligkeiten beim Essen? (Isst sehr viel oder sehr wenig oder Ungenießbares) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Geht das Kind selbstständig zur Toilette? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Nässt / kotet das Kind ein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Ist das Kind selbstständig beim An- und Ausziehen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Kann das Kind Gefahren einschätzen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Antrieb und Motivation: | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz | | Bemerkung: |
|---|--|------------|
| Sucht das Kind von sich aus den Kontakt zu anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Wird das Kind von anderen Kindern gemieden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Verhält sich das Kind distanzlos gegenüber Dritten (Kinder/Erzieher/Sonstigen)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Sucht das Kind nur Kontakt zu Erwachsenen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Vermeidet das Kind Körperkontakt zu Dritten (Kinder/Erzieher/Sonstigen)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Kann das Kind Gefühle bzw. Bedürfnisse äußern? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| Wird das Kind in Konfliktsituationen mit anderen Kindern körperlich und/oder verbal übergriffig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise | |
| <u>Körperliche Übergriffe in Form von:</u> <input type="checkbox"/> Schlagen <input type="checkbox"/> Haare reißen <input type="checkbox"/> Treten <input type="checkbox"/> Spucken <input type="checkbox"/> Beißen <input type="checkbox"/> Kneifen/ Kratzen <input type="checkbox"/> sonstige: | | |
| <u>Verbale Übergriffe in Form von:</u> <input type="checkbox"/> ordinärer Sprache <input type="checkbox"/> sexualisierter Sprache | | |

Wie führt das Kind die Übergriffshandlungen aus?

gezielt und vorsätzlich spontan und impulsiv

Wird das Kind in Konfliktsituationen mit Erwachsenen körperlich und/oder verbal übergriffig? ja nein teilweise

Körperliche Übergriffe in Form von: Schlagen Haare reißen Treten Spucken Beißen
 Kneifen/ Kratzen sonstige

Verbale Übergriffe in Form von: ordinärer Sprache sexualisierter Sprache

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Wirkt das Kind bei Konflikten hilflos / überfordert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Zeigt das Kind gegenüber anderen Kindern Mitgefühl / Mitleid / Einfühlvermögen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Nimmt das Kind von sich aus Kontakt zur/m Erzieher(in)/ Betreuungspersonal auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Ignoriert das Kind Anweisungen / Verbote, reagiert es unangemessen, ggf. mit körperlicher Aggression? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Kann das Kind kurze Wartezeiten aushalten, wenn es etwas mitteilen oder erreichen möchte? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Ist das Kind aktiv in ein Spiel eingebunden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Freut sich das Kind über ein Spielergebnis und ist stolz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Bevorzugt das Kind Spiel mit Erwachsenen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Spielt das Kind eintönig (stereotyp)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Hält das Kind im Spiel die Regeln ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |

Welche Stellung hat das Kind in der Gruppe?

Welche Aktivitäten wählt das Kind während der Freispielzeit bevorzugt?

Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Soziale/Emotionale Kompetenz:

Gruppenkonstellation

Wie wird die Gruppenkonstellation für das Kind empfunden? hilfreich hemmend

Familiäre Situation

Beschreibung der familiären Situation bzw. des familiären Umfelds:

Gesundheit

Ist das Kind häufig krank? ja nein

Benötigt das Kind besondere Hilfsmittel? nein ja, welche?

Besondere / Weitere Auffälligkeit(en), soweit bekannt, im sonstigen Bereich der Gesundheit:

Sonstiges aus dem Bereich Sozialer Lebensraum (z.B. Freizeitaktivitäten, Spielkontakte):

Kooperation zwischen Mitarbeiter/-innen und Eltern/ Personensorgeberechtigten

Eltern nehmen an Beratungsgesprächen teil ja nein teilweise

Eltern nehmen Ihrerseits Kontakt zu Mitarbeiter/ -innen auf ja nein teilweise

Absprachen zwischen Mitarbeiter/ -innen und Eltern sind möglich ja nein teilweise

Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt ja nein teilweise

Unterschriften der Mitarbeiter/-innen der Kindertagesstätte

Ort: **Datum:**

Bezugsbetreuende Fachkraft der Einrichtung

Leitende Fachkraft der Einrichtung