

**Fragebogen zur Umsetzung der Inklusion von Kindern mit Behinderungen in Kindertagesstätten zum Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGBXII / § 35a SGBVIII**

**1. Angaben zum Antragsteller/in (Kind):**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Familienname        |  |
| Vorname(n)          |  |
| PLZ, Wohnort        |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| Geburtsdatum        |  |
| Tel.-Nr. der Eltern |  |

**2. Angaben zur Kindertagesstätte:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Name            |  |
| Anschrift       |  |
| Telefonnummer   |  |
| E-Mail Adresse  |  |
| Ansprechpartner |  |

### 3. Angaben zur Aufnahme des Kindes

- Das Kind soll aufgenommen werden am \_\_\_\_\_
- Das Kind besucht bereits die Kita seit \_\_\_\_\_

### 4. Konzeptionelle Ausrichtung der Kindertagesstätte

Betreuungsformen:

- offene       teiloffene       geschlossene       geöffnete      Gruppen
- Krippengruppe
- Kleine Altersmischung
- Große Altersmischung
- Hortgruppe
- Andere

| Name der Gruppe | Stellenschlüssel | Anzahl der Kinder in der Gruppe |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
|                 |                  |                                 |
|                 |                  |                                 |
|                 |                  |                                 |

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 (Unterbesetzung, Krankheit, es fehlt ...)
- wegen: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 5. Die Anwesenheitszeit des Kindes in der Kindertagesstätte

Montags \_\_\_\_\_ Stunden in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Dienstags \_\_\_\_\_ Stunden in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Mittwochs \_\_\_\_\_ Stunden in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Donnerstags \_\_\_\_\_ Stunden in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Freitags \_\_\_\_\_ Stunden in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

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

Besucht das Kind regelmäßig die Kita?

Ja

Nein

Fehlzeiten im Monat (Gründe dafür, soweit bekannt)

---

---

## 6. Erfahrungen mit der Umsetzung der Inklusion

Haben Sie Erfahrung bezüglich der Inklusion von Kindern mit Behinderung?

- Nein  Ja

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

- Nein  Ja

Wenn ja, durch welchen Anbieter?

---

## 7. Kooperationen zu externen Fachdiensten

Gibt es feste Kooperationen zu externen Fachdiensten?

- Nein  Ja

Fachdienste:

- Erziehungsberatungsstelle
- mobile heilpädagogische Entwicklungsbegleitung
- Praxis für Entwicklungspädagogik
- Frühförderzentrum (KINZ, SPZ, HSK etc.)
- Team Autismus
- Fachberatung
- Andere: \_\_\_\_\_

## 8. fachliche Empfehlungen

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

Nein

Ja

Wenn ja, welche ?

---

---

---

---

Was wurde ggf. seitens der Kita unternommen, um die Schwierigkeiten des Sozialverhaltens des Kindes zu verringern?

---

---

---

---

Welche Maßnahmen waren bisher erfolgreich bzw. nicht und warum?

---

---

---

---

---

---

## 9. Therapeutische Anbindung

Besucht das Kind externe Therapien?

Nein  Ja

Wenn ja welche?

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

\_\_\_\_\_

## 10. Erwartungen und Ziele zur Teilhabe des Kindes in der Kindertagesstätte

**1. Lernen und kognitive Entwicklung:** Was soll das Kind lernen?

---

---

---

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

---

---

---

**3. Gesundheit:** Was ist für die Gesundheit des Kindes wichtig?

---

---

---

**4. Sprache:** Was ist für die Sprachentwicklung des Kindes notwendig?

---

---

---

**5. Weitere wichtige,** bisher nicht genannte grundsätzliche Ziele:

---

---

---



**Einschätzungen zur Entwicklung des Kindes:**

| Entwicklungsbereich Sprache   |  |           |
|---|--|-----------|
|   |  | Bemerkung |
| Kann sich das Kind in der Gruppe verständigen?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |           |
| Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Sprache (z.B. Sprachverständnis, aktiver Wortschatz, nonverbale Kommunikation, Sprechfreude) |  |           |





*Integrationshilfe in Kindertagesstätten Fragebogen*

| Entwicklungsbereich Kognitive Entwicklung  |  |           |
|--|--|-----------|
|  | Ja/ Nein/ Teilweise  | Bemerkung |
| Kann das Kind von sich aus eigene Spielideen entwickeln?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein                                       |           |
| Kann das Kind für sich Handlungen planen und dieses dann umsetzen?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Kann das Kind die täglich wiederkehrenden (Tages-) Abläufe (z.B. Essenssituationen, Aufräumen) in der Kita umsetzen? | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| 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:



Integrationshilfe in Kindertagesstätten Fragebogen

| Entwicklungsbereich Antrieb/ Motivation   |  |           |
|---|--|-----------|
|   | Ja/ Nein/ Teilweise  | Bemerkung |
| Wechselt das Kind häufig und ungeplant seine Aktivitäten?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein<br><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<br><input type="checkbox"/> Nein<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Geht das Kind selbstständig zur Toilette?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Nässt / kotet das Kind ein?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Ist das Kind selbstständig beim An- und Ausziehen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Kann das Kind Gefahren einschätzen?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Besondere / Weitere Auffälligkeit(en) im Bereich Selbstständigkeit / Lebenspraktische Fähigkeiten: |   |           |
|  |   |           |

| Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz  |   |           |
|---|---|-----------|
|   | Ja/ Nein/ Teilweise   | Bemerkung |
| Schließt sich das Kind andern Kindern an?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Wird das Kind von anderen Kindern gemieden?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Verhält sich das Kind distanzlos gegenüber Dritten (Kinder/Erzieher/Sonstigen)?                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Sucht das Kind nur Kontakt zu Erwachsenen?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Vermeidet das Kind Körperkontakt zu Dritten (Kinder/Erzieher/Sonstigen)?                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Kann das Kind Gefühle bzw. Bedürfnisse äußern?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Schlägt, beißt, tritt, und/oder beschimpft das Kind bei Auseinandersetzung mit anderen Kindern? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Wirkt das Kind bei Konflikten hilflos / überfordert?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |



| Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz (Fortsetzung)  |   | Bemerkung |
|---|---|-----------|
| Zeigt das Kind gegenüber anderen Kindern Mitgefühl / Mitleid / Einfühlvermögen?                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><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<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Ignoriert das Kind Anweisungen / Verbote, reagiert es unangemessen, ggf. mit körperlicher Aggression? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><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<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Ist das Kind aktiv in ein Spiel eingebunden?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Freut sich das Kind über ein Spielergebnis und ist stolz?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Bevorzugt das Kind Spiel mit Erwachsenen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Spielt das Kind eintönig (stereotyp)?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Hält das Kind im Spiel die Regeln ein?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |



|  |
|--|
| <b>Entwicklungsbereich Soziale/Emotionale Kompetenz</b>                        |
| 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: |



| Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen und Eltern |   |             |
|--|---|-------------|
|  |   | Bemerkungen |
| Eltern nehmen an Beratungsgesprächen teil                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |             |
| Eltern nehmen Ihrerseits Kontakt zu MitarbeiterInnen auf           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |             |
| Absprachen zwischen MitarbeiterInnen und Eltern sind möglich       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |             |
| Absprachen werden von den Eltern längerfristig umgesetzt           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |             |

| Gruppenkonstellation   |
|--|
| Wird die Gruppenkonstellation als <input type="checkbox"/> hilfreich oder <input type="checkbox"/> hemmend für das Kind empfunden? |
| Beschreibung der Situation und ggf. Begründung der o.g. Bewertung  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |





### Familiäre Situation

Beschreibung der familiären Situation bzw. des familiären Umfelds:

### Bereich Gesundheit

|   | Ja/ Nein/ Teilweise   | Bemerkung |
|---|---|-----------|
| Ist das Kind häufig Krank?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Benötigt das Kind besondere Hilfsmittel?<br>Wenn Ja, welche?                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> teilweise |           |
| Besondere / Weitere Auffälligkeit(en), soweit bekannt, im sonstigen Bereich der Gesundheit: |   |           |



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

Datum

Unterschrift Mitarbeiter/In  
der Einrichtung

Unterschrift Kindergartenleitung  
der Einrichtung