|  |  |
| --- | --- |
| **Bundesstadt Bonn****Der Oberbürgermeister****Amt für Soziales und Wohnen/ Amt für Kinder, Jugend und Familie** | **Datum:**  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Bericht der Schule/OGS zur Beantragung einer Integrationsassistenz** |
|  |
| **Grundsätzliche Angaben:** |
| Name der Schülerin/des Schülers:      | Vorname der Schülerin/des Schülers:      |
| Geburtsdatum:      | Schulklasse für den beantragten Zeitraum (z.B. 5a, C 2, Lernstufe 1…):      |
| Namen der Eltern/Personensorgeberechtigten:           |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):                |
| Telefon:      | E-Mail:      |
|  |
| **Angaben zur Schule:** |
| Name der Schule:      | Name der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners:      |
| Anschrift:           |
| Telefon:      | E-Mail:      |
|  |  |
| Anzahl der Schülerinnen/Schüler mit Integrationsassistenz in der Klasse  |       |
| Anzahl der Schülerinnen/Schüler mit Integrationsassistenz in der OGS |       |
| Anzahl der Schülerinnen/Schüler mit Integrationsassistenz in der Schule |       |

|  |
| --- |
| **Anlass für die Beantragung einer Integrationsassistenz:** |
| **1.Bereich Selbstständigkeit/Alltagsbewältigung:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung im Bereich Fortbewegung** **[ ] ja** **[ ] nein** **im Bereich Feinmotorik** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung bei der Orientierung in den Räumlichkeiten** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung beim selbstständigen Essen** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung beim An- und Ausziehen von Kleidungsstücken** **[ ] ja** **[ ] nein** **bei der Toilettenhygiene** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung bei der Einschätzung von Gefahren** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche nutzt individuelle Hilfsmittel** **[ ] ja** **[ ] nein****Wenn ja, welche und seit wann?** |
|  |
| **Bitte beschreiben Sie auch, wenn das Kind/der Jugendliche im Bereich Selbstständigkeit/Alltagsbewältigung besondere Stärken zeigt** |
| **2. Bereich Kommunikation und Sprache:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung ,um sich verständlich und zusammenhängend auszudrücken** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche benötigt unterstützende Kommunikationshilfen** **[ ] ja** **[ ] nein****Wenn ja, welche und seit wann?** |
| **Bitte beschreiben Sie auch, wenn das Kind/der Jugendliche im Bereich im Bereich Kommunikation/ Sprache besondere Stärken zeigt** |
| **3.Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten/Lernverhalten/Verhalten im Unterricht** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um Wünsche, Interessen und Bedürfnisse zu äußern** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um Kontakt aufzunehmen** **mit Gleichaltrigen** **[ ] ja** **[ ] nein** **mit Erwachsenen** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um ausdauernd und konzentriert zu lernen** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht besondere Unterstützung, um selbstständig zu arbeiten** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung in Konfliktsituationen** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um auf die Bedürfnisse anderer einzugehen** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um aktiv teilzuhaben** **an Gruppenangeboten** **[ ] ja** **[ ] nein** **an offenen Angeboten wie z.B. in Pausen** **[ ] ja** **[ ] nein** **in der Übermittagsbetreuung** **[ ] ja** **[ ] nein** **in der OGS** **[ ] ja** **[ ] nein** **bei Klassenfahrten/Lesenächten u.ä.** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um Regeln und Absprachen einzuhalten** **[ ] ja** **[ ] nein****Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
|  |
| **Bitte beschreiben Sie auch, wenn das Kind/der Jugendliche im Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten besondere Stärken zeigt** |
| **4.Pflegerischer/medizinischer Bedarf:** |
| **Das Kind/der Jugendliche benötigt regelmäßig Medikamente innerhalb der Betreuungszeit in Schule/OGS** **[ ] ja** **[ ] nein****Wenn ja, welche Medikamente****Notfallmedikamente** **[ ] ja** **[ ] nein****Wenn ja, welche Medikamente** |
| **Das Kind/der Jugendliche hat Kontaktallergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten** **[ ] ja** **[ ] nein****Beschreibung des besonderen Betreuungsbedarfs/besonderer Vorsichtsmaßnahmen in Schule/OGS aufgrund der Allergie:** |
| **Das Kind/der Jugendliche hat eine chronische Erkrankung** **[ ] ja** **[ ] nein****Name der chronischen Erkrankung:****Beschreibung des besonderen Betreuungsbedarfs/der besonderen Behandlungsnotwendigkeiten aufgrund der chronischen Erkrankung in Schule/OGS:** |
| **5.Therapeutischer Bedarf:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht während der Betreuungszeit in Schule/OGS therapeutische Behandlung** **[ ] ja** **[ ] nein****Welche Therapien:****Das Kind/der Jugendliche braucht außerhalb von Schule/OGS therapeutische Behandlung** **[ ] ja** **[ ] nein****Welche Therapien:** |

|  |
| --- |
| **Maßnahmen der Schule/OGS zur Unterstützung des Kindes:** |
| Sonderpädagogische Unterstützung: [ ] ja [ ] nein | Antrag auf AO-SF: [ ] ja [ ] nein |
| Welche Fördermaßnahmen finden statt?      |
| Gewährung von Nachteilsausgleichen [ ] ja [ ] nein |
| Genauere Beschreibung der (geplanten) Nachteilsausgleiche      |
| Welche Möglichkeiten hat die Schule/OGS, auf den pflegerisch/medizinischen Bedarf des Kindes/Jugendlichen einzugehen? (z.B. Schulungen zum Umgang mit Erkrankungen wie Diabetes, Epilepsie, Allergien oder entsprechende Erfahrungen bei der Beschulung anderer chronisch erkrankter Kinder) |
|       |
| Information/Fortbildung und Beratung der Lehrer/OGS MitarbeiterInnen z.B. schulinterne Lehrerfortbildungen; private Fortbildungen bezogen auf den Bedarf des Kindes/des Jugendlichen |
|       |
| Hat die Schule/OGS andere Beratungsressourcen genutzt? (z.B. durch Schulpsychologie oder die Autismusbeauftragte(n) der Stadt Bonn. Wenn ja, bitte das Ergebnis beifügen) |
|       |
| Schulinterne Absprachen z.B. Stundenreduzierung, Hausaufgabenreduzierung bzw. –strukturierung, Organisation der Pausen      |
| Maßnahmen der inneren Differenzierung z.B. Berücksichtigung der Wahrnehmungsbesonderheiten, Strukturierungshilfen, Sitzordnung |
|       |
| Haben Förderkonferenzen für die betreffende Schülerin/den Schüler stattgefunden? Wenn ja, wie viele und wann? Bitte Protokolle bzw. Förderpläne und/oder indiv .Maßnahmenkataloge beifügen |
|       |
| Absprachen mit den Personensorgeberechtigten z.B. Austausch/Dokumentation über Therapie. Gibt es bereits Hilfe zur Erziehung oder ähnliche familienunterstützende Maßnahmen in der Familie? Außerhalb der Schulzeit: z.B. Familienunterstützender Dienst, Jugendgruppe, Offene Tür etc? |
|  |
| Sonstiges:      |

|  |
| --- |
| **Welche Ziele kann das Kind/der Jugendliche durch die Integrationsassistenz erreichen?** |
| Bereich Selbstständigkeit / Alltagsbewältigung:      |
| Bereich Kommunikation / Interaktion /Sprache:      |
| Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten/Lernverhalten/Verhalten im Unterricht      |
| Bereich pflegerischer/medizinischer Bedarf:      |
| Sonstiges:      |

|  |
| --- |
| **Bei Verlängerung der Integrationsassistenz:****Angaben zur bisherigen Zielerreichung durch den Einsatz von Integrationsassistenz** **bezogen auf die letzte Hilfeplanung:** |
| Bereich Selbstständigkeit/ Alltagsbewältigung:      |
| Bereich Kommunikation /Interaktion und Sprache:      |
| Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten / Lernverhalten/Verhalten im Unterricht:      |
| Bereich pflegerischer /medizinischer Bedarf:      |
| Sonstiges:      |

|  |
| --- |
| **Bei Verlängerung der Integrationsassistenz:****Neue Ziele, die mit Hilfe der Integrationsassistenz erreicht werden sollen:** |
| Bereich Selbstständigkeit/Alltagsbewältigung:      |
| Bereich Kommunikation/Interaktion und Sprache:      |
| Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten/Lernverhalten/ Verhalten im Unterricht:      |
| Bereich pflegerischer/medizinischer Bedarf:      |
| Sonstiges:      |
| Unterschrift Klassenlehrerin / Klassenlehrer/OGS-Leitung | Unterschrift Schulleitung |