Anlage 3

Erhebungsbogen für Eltern/Sorgeberechtigte zur Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII

zur Beantwortung durch die/den Sorgeberechtigten/Vormund/Pfleger

1. Angaben zum Kind/ Jugendlichen

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift:

2. Angaben zu den Eltern

	Vater	Mutter	O Stiefmutter OLebensgefährtin O Pflegemutter	O Stiefvater OLebensgefährte OPflegevater
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Straße, Haus-Nr.				
PLZ, Wohnort				
Tätigkeit				
getrenntlebend seit				
geschieden seit				
verstorben am				

Die elterliche Sorge hat/ haben ☐ die Eltern ☐ die Mutter ☐ der Vater

Es besteht ☐ Vormundschaft Wirkungskreis:

☐ Pflegschaft

bei/ durch

Name: Anschrift:

3. Geschwister, Stiefgeschwister

Name, Vorname	Geburtsdatum	Aufenthalt

4. Weitere Angehöriges Ihres Kindes, sofern sie für dieses wichtig sind

O Großmutter
O Großvater
O Sonstige

_____

_____

_____

5. Welche Besonderheiten / Auffälligkeiten gab es bisher in der Entwicklung Ihres Kindes ?

<u>Schwangerschaft</u>

O Erkrankungen während der Schwangerschaft

_____

O belastende Bedingungen

_____

Geburtsverlauf

O normal

O Frühgeburt, vor der 37 SSW.

O Kaiserschnitt, Zangen- oder Saugglockengeburt

O Mehrlingsgeburt

O Geburtsgewicht unter 2500g/ über 4500g

O sonstige Auffälligkeiten/Komplikationen

O Auffälligkeiten nach der Geburt

Verhalten Ihres Kindes im 1. Lebensjahr

O unauffällig

O häufiges Schreien, erhöhte Unruhe

O besonders ruhig und bewegungsarm

O besonders reizüberempfindlich

O Schlafstörungen (aufschrecken, geringes Schlafbedürfnis)

Entwicklung Ihres Kindes im Kleinkindalter

Motorische Entwicklung

O unauffällig

O verzögert

O auffällig, weil

Sprachentwicklung

O unauffällig

O verzögert

O auffällig, weil

Erkrankungen

Chronische Erkrankungen:

O keine

O folgende:

_____

_____

Welche schweren Erkrankungen hat oder hatte ihr Kind?

O keine

O folgende:

_____

_____

_____

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

O Kopfschmerzen

O Bauchschmerzen

O Übelkeit/Erbrechen/Durchfall

O Ein- und Durchschlafstörungen

O motorische Unruhe

O gestörtes Essverhalten

O Antriebsarmut

O Tics

O Einnässen

O Einkoten

O

Andere:_____

In welchen Situationen/ in welchem Zusammenhang werden diese Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?

_____

_____

_____

_____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

_____

_____

_____

6. Besuch von Kindertagesstätten

von - bis	Name der Kitaeinrichtung/Art

O besuchte keinen Kindergarten

Weil:

_____

_____

_____

Ging ihr Kind gern in den Kindergarten?

O ja

Onein, weil

_____

_____

_____

Wie war das Verhalten im Kindergarten?

O unauffällig

O auffällig, weil:

_____

_____

_____

7. Besuch von Schulen

von - bis	Name der Schule/Art

O altersgemäße Einschulung

O Rückstellung, weil:

_____

_____

O Wiederholung einer Klasse?

Welche:_____

O Elternwunsch

O Anraten der Schule

7.1 Verhalten des Kindes/des Jugendlichen in der Schule

Geht ihr Kind gern in die Schule?

O im Allgemeinen ja

O nein,

weil_____

O hat große Angst, weil

_____

_____

Geht ihr Kind regelmäßig in die Schule?

O ja

O fehlt oft,

weil_____

O verspätet sich (oft, gelegentlich, selten)

_____

O schwänzt, weil

_____

Mag ihr Kind seine Klassenlehrerin/ Klassenlehrer?

O ja

O nein,

weil_____

Fühlt es sich im Klassenverband wohl?

O ja

O nein,

weil_____

Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen in seiner/ihrer Klasse?

O ja

O nein,

weil_____

Wie ilst das Verhältnis ist das Verhältnis zu seinen/ihren Mitschülern?

O kommt gut mit seinen Mitschülern aus

O versucht andere zu beherrschen/zu bestimmen/Recht zu haben

O ist leicht von anderen zu beeinflussen

O nimmt anderen gern etwas weg

O zwickt/stößt/schlägt andere

O wird von anderen gezwickt/gestoßen und/oder geschlagen

O beschimpft andere

O wird oft von anderen beschimpft

O prahlt vor anderen/gibt an

O zieht sich von seinen Mitschülern zurück

O wird von den anderen links liegen gelassen

O will es den anderen recht machen/den anderen gefallen

O wird gemobbt

O mobbt andere

Welche Sorgen macht sich ihr Kind bezüglich der Schule?

O keine

Ofolgende:_____

_____

Welche Sorgen machen Sie sich über die schulische Entwicklung ihres Kindes?

O keine

Ofolgende:_____

7.2 Schulleistungen → *letztes Schulzeugnis bitte beifügen*

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

O nein

O ja,

weil_____

Wie regiert ihr Kind auf schlechte Schulleistungen?

_____

_____

_____

Wie reagieren Sie auf schlechte Schulleistungen ihres Kindes?

_____

_____

_____

Welche Fächer/Kurse bereiten ihrem Kind besondere Schwierigkeiten?

_____

_____

Bekommt ihr Kind Nachhilfe?

O nein

O ja, welche/ welcher Umfang

- O häusliches Üben
- O Förderunterricht in der Schule
- O Institutionelle Nachhilfe

Erhält ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?

O nein

O ja,

welchen_____

_____

Wie erledigt ihr Kind seine/ihre Hausaufgaben?

O fängt von selbst an
O erledigt Aufgaben selbstständig
O benötigt Hilfestellungen
O muss aufgefordert werden
O weigert sich die Aufgaben zu machen
O arbeitet zügig
O trödelt/schweift gedanklich ab/ist unkonzentriert
O verschweigt die Hausaufgaben/trägt sie nicht in das Hausaufgabenheft ein
O arbeitet nachlässig

Wie viel Zeit benötigt ihr Kind zur Hausaufgabenerledigung?

_____

_____

Wie verhält sich das Kind vor Leistungsprüfungen (schriftliche oder mündliche Kontrollen/ Lk´s, Arbeiten)

_____

_____

O nicht anders als sonst
O ist ruhig und gelassen
O erbricht morgens/ hat Durchfall
O ist bereits mehrere Tage vorher aufgeregt
O verschweigt oft bevorstehende Klassenarbeiten
O stellt sich krank
O hat Ein- oder Durchschlafstörungen
O sonstige Auffälligkeiten:

Führen schulische Schwierigkeiten zu familiären Konflikten?
O nein
O ja, bitte beschreiben Sie:

_____

_____

_____

8. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Kindes mit Ihren Stärken und Schwächen.

9. Wie schätzen Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes in Bezug auf die Verrichtung alltäglicher Aufgaben ein?

10. Beschreiben Sie das Freizeitverhalten Ihres Kindes sowie den Kontakt zu Gleichaltrigen.

Wie verbringt Ihr Kind seine/ihre Freizeit?

O altersgemäß

O auffällig, weil

_____

_____

Welchen Aktivitäten geht ihr Kind in seiner/ihrer Freizeit nach?

_____

_____

_____

Besuch eines Freizeit-/
Sportvereins:_____

Welche Medien nutzt Ihr Kind regelmäßig? (TV/Handy/PC/Tablet/Spielekonsole/Buch)

_____

Std/Woche:_____

11. Beziehungen

11.1 zu Eltern

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und	Mutter	Vater
Unbeschwert und herzlich	O	O
Ausgeglichen	O	O
Überwiegend angespannt	O	O
Wenig Zuwendung	O	O

Bestehen bestimmte Probleme/Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/Elternteil?
O nein
O ja, welche

_____

_____

Akzeptiert Ihr Kind die von Ihnen aufgestellten Regeln?
O ja
O nein: wie reagieren Sie darauf?

_____

Sind Sie konsequent bei der:	ja	nein
Regelaufstellung	O	O
Einhaltung der Regeln	O	O
Reaktion bei Regelverstoß	O	O

11.2 zu Geschwistern

Wie ist das Verhältnis des Kindes zu seinen Geschwistern?
O unbeschwert/ herzlich O ausgeglichen O überwiegend angespannt
O starke Geschwisterstreitigkeiten

11.3 Freunde / Gleichaltrige

Hat Ihr Kind Freunde?
O ja O Gleichaltrige O überwiegend Ältere O überwiegend Jüngere
O nein, weil

_____

Wie häufig verbringt Ihr Kind seine Freizeit mit Freunden?

_____

Wie pflegt Ihr Kind Freundschaften?
O gar nicht O persönlich O telefonisch O Soziale Netzwerke (WhatsApp, Facebook, Instagram)

Beobachten Sie bei Ihrem Kind im Umgang mit anderen bestimmte Verhaltensweisen?
O nein O ja, welche

_____

_____

12. In welchen Bereichen ist für Sie als Eltern Einfluss auf Ihr Kind schwierig?

13. Welche Gründe führen Sie zur Beratung in das Jugendamt?

13. Was soll sich aus Ihrer Sicht ändern?

14. Was haben Sie bisher selbst unternommen um Problemlösungen zu finden? Welche Fachkräfte haben Sie kontaktiert?

15. Welche Personen aus Ihrem sozialen Umfeld unterstützen Sie?

16. Wie und durch wen stellen Sie sich eine mögliche Unterstützung vor?

16. Persönliche Ergänzungen

Ort und Datum

Unterschrift der / der Sorgeberechtigten

Anlage 4

Erhebungsbogen zum Antrag auf Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII

zur Beantwortung durch das Kind/ den Jugendlichen

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Beantworte bitte folgende Fragen:

Was kannst Du gut? (schulischer Bereich, Freizeitbereich, Aufgaben zu Hause...)

-

Was gelingt Dir nicht so gut/ bereitet Dir Schwierigkeiten?

-

Kannst Du in Deiner Familie über Deine Schwierigkeiten/ Probleme sprechen? Wenn ja, mit wem am besten?

-

Was kannst und möchtest Du selbst verändern?

1.

2.

3.

4.

Was davon kannst Du selbst verändern und wie?

Möchtest Du, dass Dir geholfen wird?

Wie stellst Du Dir die Hilfe vor?

Was glaubst du, kannst Du mit Unterstützung erreichen?

Ort, Datum

Unterschrift