

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Antrag Schulbegleitung / Tagesstättenbegleitung / sonstige Begleitung

| | |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antrag | Schulbegleitung Tagesstättenbegleitung Sonstige Begleitung (z. B. während des Besuchs der Tagesstätte in den Schulferien u. a.) |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Persönliche Angaben des Kindes

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------|
| Vor- und Nachname | | | |
| Geschlecht | weiblich | männlich | |
| Geburtsdatum/-ort | | | |
| Staatsangehörigkeit | deutsch | andere: | Passkopie und ggf. Elektronischen Aufenthaltstitel bitte beifügen |
| Straße, Hausnummer | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |
| seit wann am jetzigen Wohnort wohnend | | | |
| Klasse | | | |
| Schuljahr | | | |
| Bitte weiter auf Seite 5 beim Punkt „Wöchentlicher Betreuungsbedarf in Zeitstunden“ | | | |
| Ist das zu fördernde Kind ein Pflegekind? | ja | nein | |
| Vor- und Nachname der Pflegeeltern | | | |
| Straße, Hausnummer | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Sorgerechtsinhaber/in | | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Telefon Sorgerechtsinhaber/in | |
| PLZ, Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie | |
| Bitte weiter auf Seite 5 „Angaben zu den Rahmenbedingungen in der Schule“ | |

Zuständiges Jugendamt

| | |
|----------------------|--|
| Name des Jugendamtes | |
| Ansprechpartner | |
| Telefon | |

Persönliche Angaben zu den leiblichen Eltern

| | Mutter | Vater |
|--------------------|--------|-------|
| Vor- und Nachname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Telefon | | |

Angaben zur Krankenversicherung des Kindes

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| krankenversichert | privat gesetzlich |
| | selbst versichert |
| | bei der Mutter mitversichert |
| | beim Vater mitversichert |
| Pflegegrad | |
| Name der Krankenkasse | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |

Angaben zur Behinderung (Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)

| | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|
| Behinderung ist Folge eines | Unfalls Impfschadens schuldhaftem Verhalten Dritter | | |
| ggf. Grad der Behinderung in Prozent und Merkzeichen | | Festgestellt vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt) | |
| Besteht eine wesentliche Sehbehinderung? | ja, die Sehschärfe beträgt | | Prozent |
| | nein | | |

Angaben zum Ansprechpartner in der Schule

| | |
|-------------------|--|
| Name der Schule | |
| Vor- und Nachname | |
| Telefon | |

Angaben zum Ansprechpartner in der Tagesstätte

| | |
|----------------------|--|
| Name der Tagesstätte | |
| Vor- und Nachname | |
| Telefon | |

Angaben zum Schulprofil Inklusion

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------|
| Schulprofil Inklusion | ja | nein |
| Sie/Er erfüllt die Voraussetzungen des Art. 41 Abs. 1 BayEUG; Einschränkungen nach Art. 41 Abs. 5 BayEUG liegen nicht vor. | | |
| Sie/Er besucht eine Förderschule; das sonderpädagogische Gutachten (Art. 51 Abs. 3 BayEUG) wird beigefügt. | | |
| Sie/Er hat bereits seit | | eine Schulbegleitung. |
| | | eine Tagesstättenbegleitung. |

Art der Behinderung

| | | |
|------------------------------------------|------------|--|
| Lernbehinderung | | |
| Geistige Behinderung | | |
| Körperbehinderung | | |
| Blindheit | | |
| Sehbehinderung | | |
| Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit | | |
| Schwerbehindert | | |
| Epilepsie | Häufigkeit | |
| Autistische Spektrumsstörung | | |
| andere seelische Behinderung nach ICD 10 | | |

Diagnosen (Chronische Erkrankungen, wie z. B. Diabetes, Allergien, Hepatitis)

| |
|--|
| |
|--|

Therapeutische Behandlungsmaßnahmen

| | | | |
|------------------------------|-------------------|--|---------------|
| während der Schulzeit | Ergotherapie | | Stunden/Woche |
| | Logopädie | | Stunden/Woche |
| | Physiotherapie | | Stunden/Woche |
| | MSD (Regelschule) | | Stunden/Woche |
| während der Tagesstättenzeit | Ergotherapie | | Stunden/Woche |
| | Logopädie | | Stunden/Woche |
| | Physiotherapie | | Stunden/Woche |

Medizinisch-pflegerische Versorgung

(z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung, etc.)

Mobilität

Motorik

Verhalten

- fremdgefährdendes Verhalten
- selbstgefährdendes Verhalten
- Störung des Sozialverhaltens (aggressiv/oppositionell)
- sexuelle Auffälligkeiten
- zwanghafte Verhaltensweisen
- extremes Angst- und Rückzugsverhalten
- emotionale Störung (depressiv)
- gesteigertes Unruheverhalten
- Enuresis/Enkopresis

Anmerkungen zu den genannten Verhaltensweisen

(notwendige Auszeiten / besonders intensives und häufiges Auftreten / räumliche Notwendigkeiten)

| |
|--|
| |
|--|

Kommunikation

| | |
|----------------------------|--|
| aktive Sprache | |
| passives Sprachverständnis | |
| unterstützte Kommunikation | |

Besondere Hilfen bei Alltagsverrichtungen

| | | |
|----------|--|-----------------------------------|
| Essen | | vollständig teilweise keine |
| Toilette | | vollständig teilweise keine |
| Kleidung | | vollständig teilweise keine |

Weitere besondere Hilfebedarfe

| |
|--|
| |
|--|

Angaben zu den Rahmenbedingungen in der Schule

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Gesamtanzahl der Schüler in der Klasse | |
| personelle Ausstattung in der Klasse | |
| Umsetzung der Bayerischen Schulverordnung – BaySchVO | |
| Gibt es bereits ein Kind mit einer persönlichen Begleitung (auch andere Kostenträger)? | Nein Ja, mit einer Schulbegleitung |
| ggf. bitte Aktenzeichen und Zeitumfang mitteilen | |
| Ist eine Maßnahmenkombination denkbar? | |

Wöchentlicher Betreuungsbedarf in der Schule in Zeitstunden

(aufgeschlüsselt nach Wochentagen – **Stundenplan** ist beizufügen)

| | | | | | |
|----------------------|--|----------|--|----------|--|
| Montag | | Dienstag | | Mittwoch | |
| Donnerstag | | Freitag | | | |
| Wochenstunden/Gesamt | | | | | |

Angaben zu den Rahmenbedingungen in der Tagesstätte

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Gruppengröße in der Tagesstätte | |
| personelle Ausstattung in der Tagesstätte | |
| Gibt es bereits ein Kind mit einer persönlichen Begleitung (auch andere Kostenträger)? | Nein Ja, mit einer Tagesstättenbegleitung |
| ggf. bitte Aktenzeichen und Zeitumfang mitteilen | |
| Ist eine Maßnahmenkombination denkbar? | |

Wöchentlicher Betreuungsbedarf in der Tagesstätte in Zeitstunden

(aufgeschlüsselt nach Wochentagen)

| | | | | | |
|----------------------|--|----------|--|----------|--|
| Montag | | Dienstag | | Mittwoch | |
| Donnerstag | | Freitag | | | |
| Wochenstunden/Gesamt | | | | | |

Wöchentlicher Betreuungsbedarf in der Tagesstätte während der Ferien in Zeitstunden

(aufgeschlüsselt nach Wochentagen)

| | | | | | |
|----------------------|--|----------|--|----------|--|
| Montag | | Dienstag | | Mittwoch | |
| Donnerstag | | Freitag | | | |
| Wochenstunden/Gesamt | | | | | |

Angaben zur Betreuungsperson

| | | |
|------------------------------------------------|-------------------------|--|
| Vor- und Nachname der Person | | |
| Qualifikation der Person | | |
| Warum ist die Qualifikation erforderlich? | | |
| Kosten pro Stunde | | |
| Wird die Begleitung von einem Dienst gestellt? | ja, bitte Dienst nennen | |
| | nein | |

Notwendige Anlagen

- **Neuantrag Tagesstättenbegleitung:** ärztliches Attest bezogen auf die Behinderung, Stellungnahme der Tagesstätte zum Begleitbedarf
- **Verlängerungsantrag Tagesstättenbegleitung:** Stellungnahme der Tagesstätte zum Begleitbedarf (Rückblick und Planung)
- **Neuantrag Schulbegleitung:** Stellungnahme der Schule (worin liegt in welchen Schulstunden der Bedarf? Aktuelle Situation und Planung)
- **Verlängerungsantrag Schulbegleitung:** Stellungnahme der Schule (worin liegt in welchen Schulstunden der Bedarf? Rückblick, aktuelle Situation und Planung)

Hinweise gemäß Art. 13, 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Oberfranken

Cottenbacher Straße 23

95445 Bayreuth

Telefon: 0921 7846-0

E-Mail: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. a), c) und e), Abs. 2 und 3, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Oberfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 17 DSGVO, § 84 SGB X) für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Oberfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Die Datenschutzbeauftragte des Bezirks Oberfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0921 7846-3400 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de).

Eltern

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

Schulleitung / Lehrkraft

Ort, Datum

Unterschrift der Schulleitung/Lehrkraft

Tagesstättenleitung

Ort, Datum

Unterschrift Tagesstättenleitung