

Leistungen der Eingliederungshilfe

Ärztliches/Psychologisches Zeugnis

zurück an:
Bezirk Schwaben
86147 Augsburg

Eingegangen am:

zum Antrag auf ambulante oder teilstationäre Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche (mögliche Maßnahmen: Integration in einer Kindertagesstätte/Krippe/Hort bzw. Leistungen in einer Heilpädagogischen Tagesstätte bzw. Individualbegleitung in Kindertagesstätte/Krippe/Hort/Schule (§§ 75, 76 SGB IX i. V. m. §§ 99, 102, 112, 113 SGB IX))

A. Personalien des Kindes

Name, Vorname,
Geburtsdatum

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

B.1 Beschreibung des behinderungsbedingten Zustandes

(Befund, Diagnose, einschließlich Darlegung von Art und Ausmaß und voraussichtlicher Dauer von Funktionsstörungen infolge Krankheit oder Behinderung)

Notwendig sind Angaben, aus denen geschlossen werden kann, ob und warum der Untersuchte zum Personenkreis der körperlich, geistig, seelisch oder anderweitig nicht nur vorübergehend wesentlich behinderten Menschen oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedrohten Menschen gehört. Bitte ICD-10 Nr. angeben.

Die nachfolgend zu treffenden Einordnungen sind notwendig. Hiervon hängt die Leistungsberechtigung als auch die Zuständigkeit des Sozial- oder Jugendhilfeträgers ab.

Das Kind gehört zum Personenkreis der

Art der Behinderung

bitte beide Spalten beantworten

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wesentlich behinderten Menschen | <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> geistig | <input type="checkbox"/> seelisch |
| <input type="checkbox"/> von einer wesentlichen Behinderung (konkret) bedrohten Menschen | <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> geistig | <input type="checkbox"/> seelisch |

B.2 Teilhabebeeinträchtigung

Die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben ist aus ärztlicher Sicht wegen dieser Behinderung eingeschränkt:

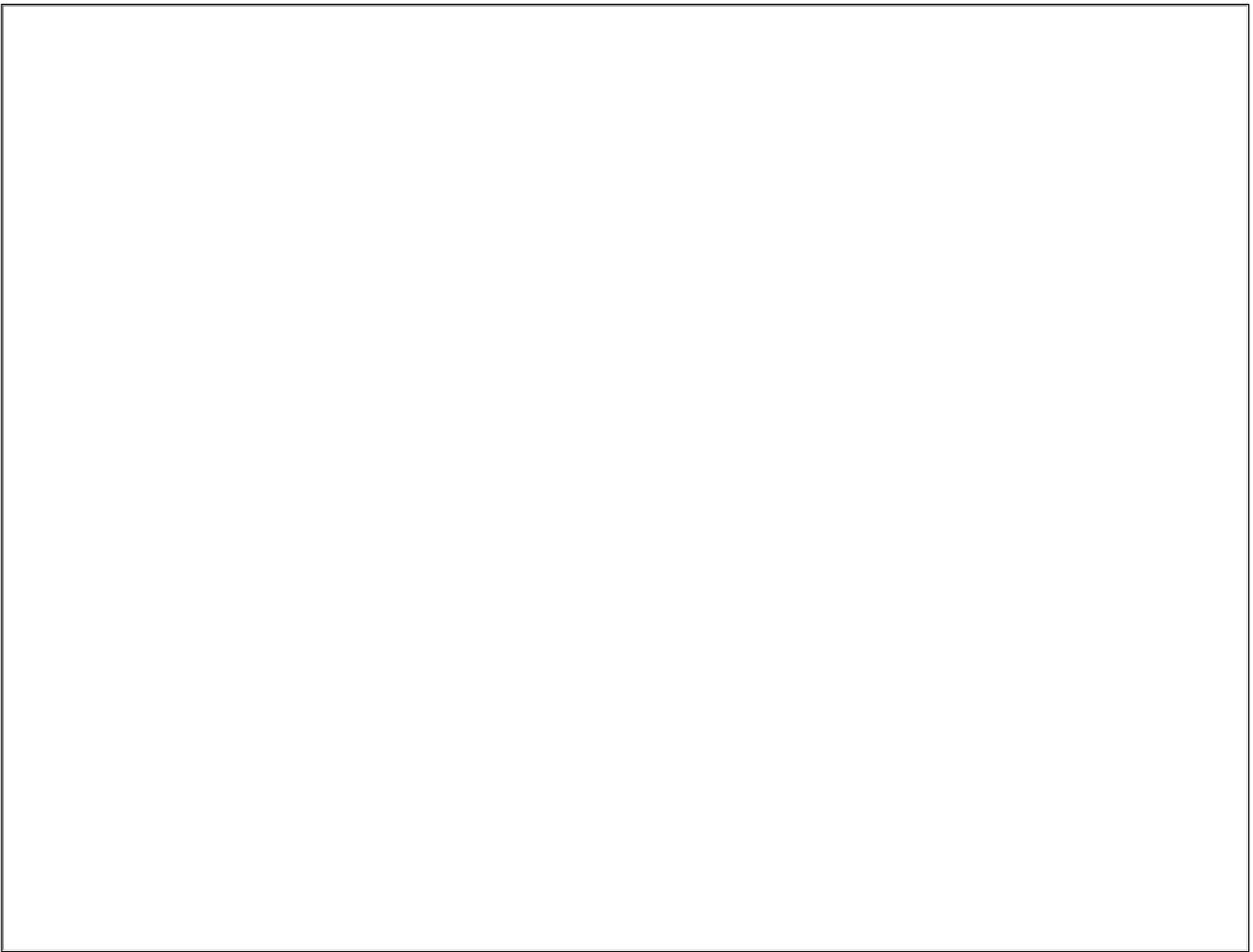
- Ja Nein

Nach der Rechtsprechung des VG Augsburg ist in diesem Zusammenhang die selbst bestimmte und altersgerechte Ausübung sozialer Funktionen und Rollen in den zentralen Lebensbereichen Familie, Schule und Freizeit zu beurteilen. Die Beeinträchtigung der Teilhabe muss sich jedoch nicht auf alle Lebensbereiche erstrecken. Vielmehr reicht es aus, wenn eine solche auch nur in einem einzigen dieser zentralen Lebensbereiche gegeben ist oder droht. Auch genügt eine Beeinträchtigung zur Teilhabe. Ein vollständiges Unvermögen zur Teilhabe ist nicht erforderlich.

C. Vorschläge des behandelnden Arztes

C.1 Als Hilfsmaßnahme wird vorgeschlagen:

C.2 Begründung des Vorschlages zu C.1



C.3 Als Einrichtungen für die Maßnahmen kommen in Betracht/ werden empfohlen:



C.4 Dauer der Maßnahme

6 Monate 12 Monate länger, ggf. bis zum:

C.5 Jugendhilferechtliche Maßnahmen

Es liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass überwiegend erzieherische Gründe die vorgeschlagenen Maßnahmen notwendig machen.

Ja Nein kann nicht beurteilt werden

Wenn ja, bitte aufschlüsseln (z.B. defizitäre familiäre/ häusliche Verhältnisse).

C.6 Sonstige Vorschläge und Anmerkungen

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes/Psychologen
und Stempelabdruck