

zurück an:

Bezirk Schwaben
86147 Augsburg

Leistungen der Eingliederungshilfe Ärztliches / Psychologisches Zeugnis

zum Antrag auf ambulante oder teilstationäre Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche (mögliche Maßnahmen: Integration in einer/einem 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)).

Wir bedanken uns für die Beantwortung **aller Punkte** sowie für Ihre **ausführlichen Angaben**.

A. Personalien des Kindes

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	

B. Beschreibung des behinderungsbedingten Zustandes

Diagnose/n	ICD-10 Nr.	Art der im Alltag konkret auftretenden Funktionsstörung/en	Konkreter Umfang bzw. Ausmaß der Funktionsstörung/en

C. Die nachfolgend zu treffenden Einordnungen sind notwendig:

- C.1** Bei der unter Punkt A genannten Person liegt für eine gleichberechtigte Teilhabe eine Abweichung vom Lebensalter typischen Zustand von bis zu 6 Monaten vor.
- C.2** Bei der unter Punkt A genannten Person liegt für eine gleichberechtigte Teilhabe eine Abweichung vom Lebensalter typischen Zustand von länger als 6 Monate vor.
- C.3** Eine wesentliche Behinderung droht, wenn für eine gleichberechtigte Teilhabe eine Abweichung vom Lebensalter typischen Zustand von länger als 6 Monaten konkret zu erwarten ist. Dies ist bei der unter Punkt A genannten Person gegeben.

Bitte Erläuterung, worin die konkreten Anhaltspunkte für die drohende Behinderung liegen.

- C.4** Es gibt Anhaltspunkte, dass die gewünschte Unterstützung erforderlich ist, aufgrund von
- belastenden Faktoren im familiären / privaten Umfeld,
 - fehlenden anderweitigen Unterstützungsmaßnahmen im Bereich der Integration von Personen mit Migrationshintergrund / Sprachbarrieren,
 - sonstigen Gründen (Bitte erläutern!).

Wenn C.2 und / oder C.3. bestätigt ist:

Konkret liegt bei der unter A genannten Person Folgendes vor (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung droht |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung (IQ unter 70) | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung droht |
| <input type="checkbox"/> seelische Behinderung | <input type="checkbox"/> seelische Behinderung droht |

**D. Von Erziehungsberechtigten vorgesehene / angedachte
Maßnahmen zum Ausgleich der Teilhabebeeinschränkung/en**

Maßnahme/n	Erläuterung, wie durch diese Maßnahme/n ein Ausgleich der Teilhabebeeinschränkung/en konkret möglich sein soll.

**E. Als Einrichtungen für die Maßnahmen kommen in Betracht /
werden empfohlen:**

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes / Psychologen und Stempelabdruck