

**Gesamtplan nach § 58 SGB XII/Hilfeplan nach § 1 SGB XII**  
**(Kindergarten und allgemeine Schule)**

**1. Persönliche Angaben**

1.1 Angaben zur Person des Hilfesuchenden

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit:

---

Anschrift:

---

Gesetzliche Vertreter:

---

Anschrift:

---

Kranken- und Pflegekasse:

---

---

## **2. Art und Umfang der Behinderung(en)**

### 2.1 Befunde und Diagnosen

(Medizinische Diagnosen, wenn möglich entsprechend ICD 10/DSM IV, Formblatt des öffentlichen Gesundheitsdienstes)

**Laut Gesundheitsamt liegt eine wesentliche Behinderung i.S. §53 Abs.1 Satz1 SGB XII i.V. mit 32 (1) SGB IX, bzw. eine drohende wesentliche Behinderung i.S-v. §53 Abs. 2i.V. mit §53 Abs. 1 Satz1 SGB XII vor.**

**Es liegt eine nicht nur vorübergehende (länger als 6 Monate) dauernde Behinderung vor.**

### 2.2 Vorrangige Behinderung(en)

### 2.3 Zusätzliche, begleitende Behinderung(en)

### 2.4 Auswirkungen der Behinderung(en)

#### **1. Alltagshandeln**

**Essen, Trinken, An- Ausziehen, Sauberkeitserziehung**

#### **2. Beweglichkeit des Kindes**

**Grob- und Feinmotorik**

**Wahrnehmung**

#### **3. Soziale emotionale Entwicklung**

**Sprachentwicklung und Kommunikation**

**Soziale Kompetenz**

**Emotionale Empfindsamkeit**

**Kognitive Fähigkeiten**  
**Vorlieben und Stärken**

2.5 Bisherige Fördermaßnahmen

|                              |          |                   |
|------------------------------|----------|-------------------|
| <b>Logopädie Praxis</b>      | <b>:</b> | <b>Therapeut:</b> |
| <b>Ergotherapie Praxis</b>   | <b>:</b> | <b>Therapeut:</b> |
| <b>Physiotherapie Praxis</b> | <b>:</b> | <b>Therapeut:</b> |
| <b>HP- Frühförderung</b>     | <b>:</b> | <b>Therapeut.</b> |

**3. Nachrang der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII**

3.1 Es kommen vorrangige Leistungen nach dem KJHG/SGB VIII oder nach anderen Gesetzen in Betracht

Ja

Nein

**4. Aufnahme in einen Kindergarten**

4.1 Zusätzlicher individueller Förderbedarf wird geltend gemacht und zwar im Bereich

a) pädagogischer Hilfen, welcher?

b) begleitender Hilfe, welcher?

4.2 In folgendem Kindergarten soll die Aufnahme erfolgen

4.3 Kommt Eingliederungshilfe nach § 54 Abs.1 SGB XII in diesem Kindergarten in Betracht?

- Nein**, es besteht kein zusätzlicher individueller Förderbedarf
  
- Nein**, es besteht zwar ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, dieser kann jedoch mit den vorhandenen Ressourcen erfüllt werden.
  
- Ja**, es besteht ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, der vom Kindergarten nur mit Leistungen für

pädagogische Hilfen mit folgender Zielsetzung



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

begleitende Hilfen mit folgender Zielsetzung



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gleichzeitige pädagogische und begleitende Hilfen mit folgender Zielsetzung



---



---

---



---

---

---

erfüllt werden kann, weil

**Ja**, es besteht ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, der vom genannten Kindergarten jedoch nicht erbracht werden kann, weil

Es wird stattdessen die Aufnahme in folgenden Schulkindergarten vorgeschlagen

4.4 Sind die Leistungen voraussichtlich für die gesamte Dauer des Besuches des Kindergartens erforderlich?

**Ja**, weil

**Nein**, weil

4.5 Werden für den Besuch des Kindergartens technische Hilfen für erforderlich gehalten ?

**Ja**, folgende:

**Nein**

4.6 Welche Schule soll voraussichtlich nach dem Besuch des Kindergartens besucht werden ?

4.7 Vorgeschlagener Leistungsumfang entsprechend den Ziffern 5.6.1 ff der vorläufigen Richtlinien:

#### **4.8 Bitte beachten Sie:**

Ist die Verlängerung der Integrationsmaßnahme notwendig ist der Verlängerungsantrag 3 Monate vor Ablauf der Bewilligung zu stellen um genügend Vorlaufzeit zur Prüfung dieser Maßnahme zur Verfügung zu haben. Ziel ist bei Bedarf einen reibungslosen Übergang, ohne Unterbrechung der Maßnahme zu erreichen.

#### **Vorzulegende Unterlagen für Verlängerungsanträge**

1. Bericht des Kindergartens / der Integrationskraft über die durchgeführte Förderung, die Erfolge und die voraussichtlichen Weiterentwicklungen. Nachweise zu den geleisteten Stunden (siehe Anlage 1+2 im Anhang der Vereinbarung )
2. Berichte anderer Therapieansätze (Logotherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Frühförderung)
3. ICD-10 Schlüssel = Diagnose des Kinderarztes
4. SPZ - Bericht zum Entwicklungsstand des Kindes  
Im Verlauf des Bewilligungszeitraumes ist die Vorstellung in einem SPZ zwingend erforderlich.  
Diese Untersuchungen dienen dazu eine unabhängige Einschätzung zum Entwicklungsstand des Kindes zu erhalten. Aus diesen Untersuchungen ist der Förderbedarf des jeweiligen Kindes zu schließen. Ihr Kind kann so gezielt durch Therapeuten und Erzieherin eingeschätzt und gefördert werden.

(Termine sind frühzeitig zu vereinbaren, da lange Wartezeiten, bis zu drei Monaten möglich sind. Die Überweisung wird durch ihren Kinderarzt ausgestellt. Termine sind selbstständig zu vereinbaren, bzw. zu erfragen.)

#### **Abbruch der Integrationsmaßnahme:**

Sollte die Integrationsmaßnahme im Bewilligungszeitraum abgebrochen werden sind Eltern, Kindergarten und Träger verpflichtet dies dem Amt für Familie, Kinder und Jugend sofort schriftlich, unter Angaben der Gründe, mitzuteilen.

Die Maßnahme kann dann, nach erfolgtem Hilfeplangespräch, mit einer 4-wöchigen Frist beendet werden. Diese Frist ist vor allem aus organisatorischen Gründen einzuhalten.

#### Mitwirkungspflicht

§ 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) enthält die Regelung, dass Sie verpflichtet sind, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken. Auch besteht danach die Verpflichtung, die von uns angeforderten Unterlagen vorzulegen.

Wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht, oder nicht vollständig nachkommen, kann Ihr Antrag gem. § 66 Abs. 1 SGB I abgelehnt werden.

### 5. Aufnahme in eine allgemeine Schule

- entfällt

### 6. Beteiligte

An diesen Hinweisen für einen Gesamtplan bzw. Hilfeplan haben mitgewirkt:

Name des Hilfesuchenden bzw. des gesetzlichen Vertreters:

Namen der beteiligten Institutionen und Vertreter:

**Kindergarten**  
**Logopädie**  
**Kinderarzt**  
**Gesundheitsamt**  
**Amt für Familie, Kinder u. Jugend**

.....  
*Amt für Familie, Kinder und Jugend*  
*Tuttlingen*  
*(Stempel und Unterschrift)*

.....  
*Eltern*

.....  
*Kindergartenleitung*

.....  
*Träger*

.....  
*Integrationskraft*

.....  
*Therapeut*