

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	ANLAGE
	Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienung nach § 21 SGB X
	SCHUL-STELLUNGNAHME (Teil II)
	anlässlich des Hospitationstermins und zur Prüfung von Poollösungen
	– Ist von der Schule auszufüllen. –
	Schulbegleitung (Integrationshilfe) übernimmt keine Aufgaben, die dem Kernbereich der Schule zuzuordnen sind, sondern lediglich flankierende, den Unterricht sicherstellende Hilfestellungen und Tätigkeiten für die/den betreffende/n Schüler/in. Sie sind keine Bildungsvermittler. Sie dürfen nicht als verlängerter Arm der Lehrerin/des Lehrers oder als zusätzliche pädagogische Kraft missverstanden werden. Es gehört nicht zu ihren Aufgaben, Unterricht, Vertretungsunterricht, Klassenaufsicht oder Nachhilfe zu erteilen. Sonderpädagogische Unterstützung behinderter Schülerinnen/Schüler ist ebenfalls nicht Aufgabe einer Schulasistenz. Eine Teilnahme an Veranstaltungen, für die keine Schulpflicht besteht, zählt nicht zu den Unterstützungsleistungen der Schulbegleitung.
	Personalien der Schülerin / des Schülers
	Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Schulbesuchsjahr: _____ Klasse: _____
	I. Gibt es bereits eine Schulbegleitung (Integrationshilfe) in der Schule? (Angaben übergreifend für alle Kostenträger)
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein a) Wenn ja, wie viele Schulbegleiter gibt es insgesamt in der Schule und wie viele davon in welchen Klassen (Bitte Klassenstufe und Klassenbezeichnung nennen, z. B. 5a oder 7d)? _____ _____ b) Welche Dienststellen/Institutionen haben die Schulbegleiter zur Verfügung gestellt (Bitte Entsprechendes angeben, z. B. Jugendamt, Sozialamt, Rotes Kreuz, Kinderschutzbund usw.)? _____ _____
II. Teilnahme an schulischen Veranstaltungen (Unterrichtszeiten)	
<input type="checkbox"/> Montag von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Dienstag von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Mittwoch von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Donnerstag von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Freitag von _____ bis _____ Uhr	
III. Werden während der Schulzeit medizinische Therapien in Anspruch genommen?	
<input type="checkbox"/> Ja (Bitte nachstehende Angaben machen) <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie am (Wochentag) _____ von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Logopädie am (Wochentag) _____ von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Physiotherapie am (Wochentag) _____ von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ am (Wochentag) _____ von _____ bis _____ Uhr	

IV. Angaben zur Klasse, die die Schülerin / der Schüler besucht

1. Name der Klassenleitung: _____
2. Schülerzahl der Klasse: _____
3. Ggf. Anzahl bereits vorhandener Schülerinnen und Schüler mit Schulbegleitung: _____
4. Gibt es eine/n pädagogischen Mitarbeiter/in in der Klasse? Ja Nein

V. Welche schulischen Maßnahmen zur Unterstützung der Schülerin / des Schülers bestehen bereits?

Beschreibung der Hilfestellungen und Möglichkeiten, die durch die Schule erbracht werden können, um die Beschulung von Schülern mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen zu realisieren (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen):

- Barrierefreiheit des Schulgebäudes
- Barrierefreiheit des Schulgeländes einschließlich Pausenhof
- Inklusive Beschulung (bitte Konzept beifügen)
- Sprachheilklassen
- Individuallehrplan
- Pädagogische Mitarbeiter/in, Anzahl: _____
- Schulsozialarbeiter/in, Anzahl: _____
- Leistende/r eines Bundesfreiwilligendienstes (BFD) oder eines Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ), Anzahl: _____
- Beschulung in einem gleichbleibenden Unterrichtsraum (kein Raumwechsel) um Laufwege und Orientierungsprobleme zu vermeiden bzw. zu reduzieren
- _____
- _____
- _____

VI. Welche sonstigen Maßnahmen zur Unterstützung der Schülerin / des Schülers bestehen bereits (z. B. Einsatz einer Pflegekraft u. a.)?

Vorlage von Nachweisen

Aufgeführte Dokumente (soweit in der Schule vorhanden) bitte der Stellungnahme beifügen:

- Stundenplan

Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen –

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweis-urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

Bestätigung der Angaben durch die Schule mittels Rechtsverbindliche Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Schulleitung

Unterschrift Klassenleitung

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.