

für den Zeitraum vom  bis 

Sie sind Eltern / Sorgeberechtigte eines Kindes,  
das noch nicht zur Schule geht.

Sie haben Unterstützung für die Entwicklung Ihres Kindes  
beim Sozialamt beantragt (Antrag auf Eingliederungshilfe).

Sie möchten sich aktiv in die Planung  
der Unterstützung Ihres Kindes einbringen.

## Sie fangen am besten mit diesem Plan an.

Dann nutzen Sie diesen „**Mein Teilhabeplan Frühe Kindheit**“ (kurz: *MTP-FrüKi*).

Mit Ihren Eintragungen darin helfen Sie dabei, dass Ihre Ziele und Vorstellungen und die Ihres Kindes bei der Hilfeplanung für Ihr Kind berücksichtigt werden. Das funktioniert mit Durchschreibe-Feldern auf den **ITP für Kinder vor dem Schuleintritt** (kurz: *ITP-FrüKi*).

Das ist auch eine Hilfe bei der Planung eines persönlichen Budgets.

Wir haben versucht, alles so verständlich wie möglich zu formulieren.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des **MTP-FrüKi** benötigen, dann scheuen Sie nicht, andere Menschen aus Ihrem Umfeld und dem Ihres Kindes um Hilfe zu bitten.

**Versuchen Sie sich die Antworten auf folgende Fragen bewusst zu machen:**

- Was wünscht sich Ihr Kind? Und was wünschen Sie sich für Ihr Kind?
- Welche Wünsche haben Sie an das Zusammenleben in der Familie?
- Was kann Ihr Kind gut? Was macht es gerne? Und was würde es zukünftig gern können?

Wenn Ihr Kind sich schon selbst gut ausdrücken kann, dann sollte es auch für sich selbst sprechen. Sie können die Aussagen Ihres Kindes beim Ausfüllen des **Mein ITP FrüKi** ergänzen.

Aus Ihren Wünschen werden gemeinsam mit dem Sozialamt und weiteren Fachkräften (zum Beispiel aus der Kita oder der Frühförderstelle) Ziele für Ihr Kind entwickelt. Zur Erfüllung der Ziele benötigen Sie und Ihr Kind Unterstützung. Der Unterstützungs-Bedarf wird individuell auf Sie und Ihr Kind abgestimmt. Mit der Beantwortung der vielen Fragen im **Mein ITP FrüKi** machen Sie einen Vorschlag, um darüber dann mit der Fachkraft beim Sozialamt zu sprechen.

Das was vom Sozialamt an Unterstützung bezahlt wird, um die Ziele zu erreichen, nennt man **Teilhabe-Leistungen** (Eingliederungshilfe). Bitte denken Sie aber auch an die anderen Leistungen, die wichtig sind, damit Ziele erreicht werden können.

Das können zum Beispiel Leistungen der Grundsicherung oder der Pflege sein.

**Bevor Sie mit der Bearbeitung des Mein ITP FrüKi beginnen, machen Sie sich bewusst:**

Sie dürfen ausprobieren, Sie dürfen sich auch umentscheiden.  
Schreiben Sie alles auf, was Ihnen wichtig ist.  
Lassen Sie alles weg, was nicht für Sie und Ihr Kind passt.

Sie können am Ende im **ITP FrüKi** sehen, wie Ihre Eintragungen auf 11 Seiten aussehen und bekommen damit einen Überblick.

für den Zeitraum vom  bis 

Tragen Sie bitte den **Namen und den Vornamen des Kindes** ein.

Wann ist es geboren? Was für ein Geschlecht hat es?

  
Name des Kindes

  
Vorname des Kindes

  
Geburtsdatum

  
Geschlecht

Darunter wird im **ITP** nach Ihrem Namen gefragt.

**Weil nicht immer die Eltern einen Antrag für das Kind stellen, tragen Sie auch bitte ihren Verwandtschaftsstatus zum Kind ein** (z. B. Mutter, Vater, Großeltern, Pflegemutter).

Wohnt das Kind im Haushalt von beiden oder einem der Eltern?

Wenn nicht, dann tragen Sie hier bitte ein, wo das Kind lebt.

  
Name Sorgeberechtigte\*r

  
Verwandtschaftsstatus

  
ggf. Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

  
Adresse

  
Adresse

  
Telefon / E-Mail

  
Telefon / E-Mail

Wie ist das mit dem **Sorgerecht für das Kind** geregelt?

Das kann für 2 sorgeberechtigte Personen eingetragen werden – das brauchen Sie zum Beispiel, wenn sich die Eltern getrennt haben.

**Sorgerechtssituation:**  gemeinsam  alleinig

**Wirkungs- / Aufgabenkreis:**

  
Name der 1. sorgeberechtigten Person

 vollumfänglich

 oder Teile der Sorge:

  
Name der 2. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

**Hat das Kind noch mehr wichtige Bezugspersonen?**

(Zum Beispiel den Großvater? Oder die Tagesmutter? oder die Erzieherin in der Kita?)

Hier sollte auf jeden Fall auch noch eingetragen werden, ob eine Amtsvormundschaft oder Amtspflege für das Kind da ist, vor allem wenn dies noch nicht bei *Sorgeberechtigung* eingetragen ist.

**Gegebenenfalls weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte** (z. B. Amtsvormundschaft / Amtspflege) für das Kind:

Als Startpunkt für die Planung von passenden Teilhabeleistungen ist es wichtig zu wissen, wie die Familiensituation des Kindes aktuell ist. Wer gehört alles zur Familie, mit wem lebt das Kind zusammen?

**Aktuelle Familiensituation** (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

Um eine Planung für die nächste Zeit zu machen, ist es wichtig zu wissen, in welchen Bereichen Ihr Kind etwas besonders gut kann oder wo es Schwierigkeiten hat. Es ist auch wichtig zu wissen, ob Ihr Kind für seine Entwicklung genug Gelegenheiten und Entwicklungschancen hat.

### **Es ist wichtig, hier nichts zu vergessen.**

Im Gesetz ist vorgeschrieben, dass auf 9 Bereiche geschaut wird. Diese Bereiche sind Beschreibungen von Aktivitäten und Teilhabe. Ein internationale Organisation – die Weltgesundheitsorganisation – hat diese entwickelt. Die Beschreibungen heißen :

## **ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY):**

Bereich **1**: Lernen

Bereich **2**: Anforderungen an Ihr Kind

Bereich **3**: Verständigung mit Ihrem Kind

Bereich **4**: Bewegung / Transport

Bereich **5**: Versorgung

Bereich **6**: Häusliches Leben

Bereich **7**: Umgang mit anderen Menschen

Bereich **8**: Spielen

Bereich **9**: Gemeinschaftsleben außerhalb der Familie

### **Wir fragen jetzt immer danach, ob eine Beschreibung für Ihr Kind zutrifft.**

Wenn **ja**, gehen Sie weiter.

Wenn **nein**, werden Sie gefragt, wie ausgeprägt eine Beeinträchtigung ist oder ob Sie glauben, dass Ihr Kind diese Fähigkeiten noch entwickeln wird.

Vielleicht haben Sie auch noch nie darüber nachgedacht, dann sind vielleicht weitere Informationen nötig.

Sie werden auch gefragt, ob das Kind überhaupt Gelegenheit hat, diese Aktivitäten / Fähigkeiten zu entwickeln oder umzusetzen.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

## Lernen und Wissensanwendung

ICF Kapitel 1

Zuschauen (d 110)

**Sie zeigen Ihrem Kind etwas.  
Schaut es dabei zu? Folgt es Ihnen mit den Augen?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Zuhören (d 115)

**Sie rufen Ihr Kind. Hört es Sie?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Andere sinnliche Wahrnehmungen (d 120)

**Kann Ihr Kind gut riechen, schmecken, fühlen?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Nachmachen, nachahmen (d 130)

**Sie zeigen Ihrem Kind etwas. Kann es das dann nachmachen?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Lernen durch Handeln mit Gegenständen (d 131)

**Ihr Kind öffnet Verschlüsse.  
Ihr Kind kann große und kleine Bausteine sortieren.  
Kann Ihr Kind gut ausprobieren, was man mit einem Gegenstand  
machen kann?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Informationen erwerben (d 132)

**Ihr Kind fragt nach, wenn es etwas wissen will.  
Zum Beispiel fragt es nach der Zeit, wann Sie losgehen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sprache erwerben (d 133)

**Ihr Kind spricht Worte nach.  
Es übt das Sprechen und die Bedeutung von Worten.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

## Lernen und Wissensanwendung

ICF Kapitel 1

Zusätzliche Sprache erwerben (d 134)

**Sie sprechen zu Hause mit Ihrem Kind nicht deutsch.  
Ihr Kind kennt deutsche Kinder oder geht in die Kita.  
Es versteht und spricht auch deutsch mit anderen Kindern**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Üben (d 135)

**Manche Fertigkeiten wie z. B. Schreiben oder Rad fahren  
muss man üben. Kann ihr Kind üben?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Konzepte aneignen (d 137)

**Ihr Kind bekommt etwas geschenkt. Sie wollen, dass es sich bedankt.  
Sie bringen ihm bei, dass es Nehmen und Geben gibt. Versteht es das?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sich Fertigkeiten aneignen (d 155)

**Kann Ihr Kind gut Neues lernen – zum Beispiel einen Turm bauen,  
der nicht umfällt. Oder mit dem Roller fahren?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Aufmerksamkeit fokussieren (d 160)

**Ihr Kind kann sich gut auf eine Sache konzentrieren – zum Beispiel,  
wenn es mit Bausteinen oder mit LEGO baut?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Aufmerksamkeit lenken (d 161)

**Ihr Kind ist mit Spielen beschäftigt, kann es unterbrechen,  
wenn Sie es rufen?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

## Lernen und Wissensanwendung

ICF Kapitel 1

Denken (d 163)

**Ihr Kind denkt nach. Zum Beispiel: Es versteht, dass das Wasser aus einem großen Glas nicht in ein kleines Glas passt. Es holt sich für das Umschütten ein neues großes Glas.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Probleme lösen (d 175)

**Ihr Kind steht vor einem Hindernis. Denkt es nach, wie es zu umgehen ist?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Entscheidungen treffen (d 177)

**Ihr Kind kann gut Entscheidungen treffen – zum Beispiel was es lieber machen möchte?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zum Lernen Ihres Kindes sagen möchten?

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

ICF Kapitel 2

Einzelaufgaben übernehmen (d 210)

**Sie geben Ihrem Kind eine Aufgabe. Zum Beispiel Ihnen einen Löffel zu holen. Bekommt es das hin?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)

**Sie geben Ihrem Kind eine schwierige Aufgabe. Zum Beispiel Taschentücher zu holen und mit der Frühstücksdose in den Rucksack zu tun. Bekommt es das hin?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

ICF Kapitel 2

Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d 240)

**Ihr Kind kann gut mit Stress umgehen.  
Zum Beispiel Sie sind zu spät. Es wird dann nicht auch sehr unruhig.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sein Verhalten steuern (d 250)

**Ihr Kind kann gut sein Verhalten steuern, es wird zum Beispiel nicht gleich wütend, wenn es etwas nicht bekommt.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zu den Anforderungen an ihr Kind sagen möchten?

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

### Kommunikation

ICF Kapitel 3

Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen (d 310)

**Ihr Kind versteht Sie. Sie rufen es. Es hört Sie und kommt.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Bitte Fähigkeiten / Beeinträchtigung wählen und auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft:

Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen (d 315)

**Ihr Kind versteht Sie. Sie winken es zu sich. Es versteht und kommt?**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sprechen (d 330)

**Ihr Kind kann gut sprechen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Präverbale Mitteilungen produzieren (d 331)

**Ihr Kind äußert sich mit Lauten und Bewegungen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Kommunikation

ICF Kapitel 3

Bitte Fähigkeiten / Beeinträchtigung wählen und auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft:

Konversation (d 350)

**Ihr Kind kann sich gut mit Anderen unterhalten.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zur Verständigung mit Ihrem Kind sagen möchten?

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

### Mobilität

ICF Kapitel 4

Eine elementare Körperposition wechseln (d 410)

**Ihr Kind kann sich alleine aufsetzen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

In einer Körperposition bleiben (d 415)

**Ihr Kind kann auf einem Stuhl sitzen bleiben.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sich verlagern (d 420)

**Ihr Kind kann sich auf den Bauch drehen.  
Ihr Kind kann sich alleine hinlegen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gegenstände anheben und tragen (d 430)

**Ihr Kind kann gut etwas heben. Ihr Kind kann gut etwas tragen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gegenstände mit den Beinen bewegen (d 435)

**Ihr Kind kann gut kicken oder etwas wegtreten.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.



## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Mobilität

ICF Kapitel 4

Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)

**Ihr Kind kann gut mit seinen Händen umgehen – zum Beispiel etwas Feines fassen, einen Stift halten.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Hand - und Armgebrauch (d 445)

**Ihr Kind kann gut mit seinen Armen und Händen umgehen, zum Beispiel sich hochziehen, etwas festhalten.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gehen (d 450)

**Ihr Kind kann gehen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sich auf andere Weise fortbewegen (d 455)

**Ihr Kind kann krabbeln.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d 460)

**Ihr Kind kann Treppen gehen. Es kann auch auf einer Wiese laufen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen (d 465)

**Ihr Kind kann gut mit einem Roller fahren. Es kann gut mit einem Laufrad fahren.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Transportmittel benutzen (d 470)

**Ihr Kind kann gut mit Autos, Bus, Bahn mitfahren.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

**Gibt es noch etwas, was Sie zur Bewegung und Mobilität Ihres Kindes sagen möchten?**

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

## Selbstversorgung

ICF Kapitel 5

Sich waschen (d 510)

**Ihr Kind kann sich gut alleine die Hände waschen.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Seine Körperteile pflegen (d 520)

**Ihr Kind kann sich auch selbst pflegen.  
Zum Beispiel es kann sich eincremen.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Die Toilette benutzen (d 530)

**Ihr Kind kann selbständig die Toilette benutzen – auch nachts.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Sich kleiden (d 540)

**Ihr Kind kann sich alleine anziehen und zieht auch im Sommer leichte und im Winter warme Kleidung und Schuhe an.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Essen (d 550)

**Ihr Kind kann gut alleine Essen und mit Besteck umgehen.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Trinken (d 560)

**Ihr Kind kann gut alleine Trinken und mit verschiedenen Arten von Gläsern, Tassen oder Flaschen umgehen.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Auf seine Gesundheit achten (d 570)

**Ihr Kind kann gut auf die Gesundheit achten. Zum Beispiel:  
es putzt sich die Nase. Wenn es krank ist, bleibt es im Bett.  
Es lässt sich vom Arzt behandeln.***Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Selbstversorgung

ICF Kapitel 5

Auf eigene Sicherheit achten (d 571)

**Ihr Kind achtet gut auf seine Sicherheit – zum Beispiel beim über die Straße gehen oder beim Klettern.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zur Versorgung Ihres Kindes sagen möchten?

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

### Häusliches Leben

ICF Kapitel 6

Anderen Helfen (d 660)

**Ihr Kind hilft mit. Zum Beispiel hilft es beim Aufräumen. Zum Beispiel hilft es beim Kochen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zum häuslichen Leben Ihres Kindes sagen möchten?

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

### Interpersonelle Interaktionen

ICF Kapitel 7

Allgemeine interpersonelle Aktivitäten (d 710)

**Ihr Kind kommt gut mit anderen Kindern aus. Es kommt mit Erwachsenen gut aus.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Soziale Zeichen in Beziehungen (d 7104)

**Ihr Kind erkennt gut, wann es zum Beispiel im Gespräch von Erwachsenen schweigen soll und wann es nachfragen soll.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Interpersonelle Interaktionen

ICF Kapitel 7

Körperlicher Kontakt in Beziehungen (d 7105)

**Ihr Kind weiß gut, wann es andere Menschen anfassen kann und wann nicht.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Unterscheidung bekannter Personen (d 7106)

**Ihr Kind kennt vertraute Menschen. Zum Beispiel: es erkennt die Nachbarin. Zum Beispiel: es erkennt den Opa.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Mit Fremden umgehen (d 730)

**Ihr Kind kommt mit Fremden zurecht. Es weiß, dass es Nein sagen kann, wenn Fremde etwas von ihm wollen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Familienbeziehungen (d 760)

**Ihr Kind kommt mit allen in der Familie gut aus.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

**Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zum Umgehen ihres Kindes mit anderen Menschen sagen möchten?**

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

### Spielen zu Hause oder in der Kita / bedeutende Lebensbereiche

ICF Kapitel 8

Informelle Bildung (d 810)

**Ihr Kind ist interessiert, wenn es etwas Neues gibt.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Vorschulerziehung (d 815)

**Mein Kind geht in ein Kindertagesangebot. Zum Beispiel in eine Kita.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Spielen zu Hause oder in der Kita / bedeutende Lebensbereiche ICF Kapitel 8

Sich mit Spielen beschäftigen (d 880)

**Mein Kind kann sich gut auch eigenständig mit Spielen beschäftigen.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Solitärspiele (d 8800)

**Ihr Kind spielt gern allein.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Beobachtungsspiel (d 8801)

**Ihr Kind spielt etwas nach. Zum Beispiel: Einkaufen.  
Zum Beispiel: Kaputte Sachen reparieren.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Parallelspiel (d 8802)

**Ihr Kind spielt gerne das Gleiche wie ein anderes Kind.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

Gemeinsames Kooperationsspiel (d 8803)

**Ihr Kind spielt gerne mit anderen Kindern zusammen.  
Die Kinder ergänzen sich beim Spielen.  
Zum Beispiel: eines holt Sand, eines formt den Sand.**

Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

**Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zum Spielen zu Hause oder in der Kita sagen möchten?**

Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.

## Wie treffen die Beschreibungen auf Ihr Kind zu?

- Das kann mein Kind gut (keine Beeinträchtigung).
- v Das kann mein Kind nicht. Ich vermute aber, dass sich das noch entwickeln wird (verzögert).
- Da gibt es manchmal Schwierigkeiten (leichte Ausprägung).
- Da gibt es öfter mal Schwierigkeiten (mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten (erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung).
- Das kann mein Kind nicht (voll ausgeprägte Beeinträchtigung).
- ∅ Diese Aktivitäten kann mein Kind in seinem Umfeld überhaupt nicht entwickeln oder umsetzen.
- i Das weiß ich nicht, da müsste ich nochmal drauf achten (weitere Informationen nötig).

### Gemeinschaftsleben außerhalb der Familie

ICF Kapitel **9**

Gemeinschaftsleben (d 910)

**Ihr Kind ist gerne unter anderen Leuten.**  
*Zum Beispiel: Es kommt im Schwimmbad gut zurecht.*  
**Es kommt auf dem Spielplatz gut zurecht.**

*Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Erholung und Freizeit (d 920)

**Ihr Kind kann sich gut erholen.**  
**Es hat Interessen. Zum Beispiel: Malen.**  
*Zum Beispiel: Musik.*

*Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Religion und Spiritualität (d 930)

**Ihr Kind geht gerne in eine Kirche oder einen religiösen Kinderkreis.**  
**Es hat Interesse an Lebensfragen oder moralischen Fragen.**

*Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Menschenrechte / Kinderrechte (d 940)

**Ihr Kind versteht, was Rechte haben bedeutet.**  
**Es weiß, dass es nicht geschlagen werden soll.**

*Bitte auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

**Gibt es noch etwas Anderes, was Sie zum Gemeinschaftsleben außerhalb der Familie sagen möchten?**

*Bitte auch hier auswählen, wie das auf Ihr Kind zutrifft.*

Mit diesen ganzen Einschätzungen wird festgestellt, ob ihr Kind **eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung** hat.

Wenn das so ist,  
**muss jetzt konkret geplant werden,**  
 welche Unterstützungen es braucht.

Für eine gute Planung sollten Sie wissen, welche Entwicklungsschritte für das Kind besonders wichtig sind. Das nennt man **Entwicklungsfokus** – was motiviert Ihr Kind, wo sind gerade seine Interessen?

Die Entwicklung von Kindern ist nicht gleichmäßig – wenn etwas klappt, kommen viele andere Entwicklungsschritte hinterher.

Versetzen Sie sich gedanklich in Ihr Kind. Im ersten Feld sollten Sie aufschreiben, was für Ihr Kind aus seiner Sicht besonders wichtig ist.

### 1) Entwicklungsfokus des Kindes:

Sie selbst sollten aber auch wissen, welche Ziele Sie für die Entwicklung Ihres Kindes haben.

**Ein Beispiel:** Ihr Kind mit einer Trisomie 21 kommt gar nicht gut mit anderen Kindern aus. In der Kita gibt es oft Streit. Es wird nicht zu Geburtstagen eingeladen und spielt auch nachmittags zu Hause allein. Ein Ziel für Sie z. B. im Planungszeitraum wäre, dass es ein oder zwei Kinder als Freunde gewinnt.

**Ein anderes Beispiel:** Ihr Kind mit einer Geh-Beeinträchtigung reißt sich bei der Oma und in der Kita öfter mal von der Hand los und springt auf die Straße. Sie haben oft Angst, wenn Ihr Kind unterwegs ist und begleiten es auf allen Wegen. Ein Ziel für Sie z. B. im nächsten Jahr wäre, dass Ihr Kind sich sicher auf kurzen Strecken im Straßenverkehr bewegen kann.

**Im nächsten Feld sollten Sie aufschreiben, welches Ziel Sie für die Entwicklung Ihres Kindes haben.**

### 2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

Aus diesen Wünschen und Zielen für die Zukunft entstehen dann die Ziele für die nächste Zeit – In der Teilhabeplanung soll verabredet werden, wer Ihr Kind dabei wie unterstützt.

**Wenn Sie nur eine Unterstützung für den Kita-Besuch beantragen wollen, fangen Sie am besten mit der [Seite 4 des ITP](#) an oder auf [Seite 40](#) dieses Dokuments. Hier ist die Planung dafür auf eine Seite verkürzt. Wenn Sie damit fertig sind, hat sich Einiges schon durchgeschrieben und Sie können dann ergänzen, was noch wichtig ist.**

### 3a) Lebensort des Kindes – was ist damit gemeint?

Hier wird noch einmal gefragt, wo das Kind gerade lebt. Für die Planung ist wichtig zu wissen, ob sich daran in nächster Zeit etwas ändern soll. Das soll dann in die zweite Zeile geschrieben werden.

### 3b) Bildung und Erziehung – was ist damit gemeint?

Ist ihr Kind tagsüber nur zu Hause? Oder geht es zu einer Tagesmutter, einem Spielkreis, einer Kindertagesstätte? Das sollten Sie hier eintragen. Für die Planung ist es wichtig zu wissen, ob sich daran in nächster Zeit etwas ändern soll. Das soll dann in die zweite Zeile geschrieben werden.

### 3a) Lebensort des Kindes:

Aktueller Stand

Veränderungen im  
Planungszeitraum

### 3b) Bildung und Erziehung:

Bevor man mit einer Planung loslegt, ist es wichtig zu wissen, wo das Kind und sein Familienumfeld steht.

#### 4) **Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes**

- 4a) **Neben den vielen Aktivitäten Ihres Kindes, über die Sie jetzt schon nachgedacht haben, kommen jetzt noch die ganz persönlichen Dinge.**

Was ist besonders an ihrem Kind?

Gibt es wichtige Informationen zu seiner Lebensgeschichte?

Oder der Familiengeschichte?

Oder wichtige Dinge zur Erziehungssituation?

- a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:**



- 4b) **In welcher Situation lebt das Kind?**


**Wie ist Ihre materielle Situation?**

**Kann Ihr Kind – können Sie sich – an ihrem Wohnort gefahrlos bewegen?**

**Haben Sie Möglichkeiten, sich vom Wohnort zur Kita, zu Ärzten, zum Einkaufen zu bewegen?**

**Kann Ihr Kind sich gut innerhalb und außerhalb der Familie verständigen?**

- b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation:**  
Materielle Situation / Vermögenswerte (e165),  
Mobilität (e120), Kommunikation (e125), usw.:




- 4c) **Welche anderen Erwachsenen, welche anderen Kinder sind im Leben Ihres Kindes wichtig?**

**Gibt es Fachkräfte außerhalb der Familie (z. B. in der Kita, Frühförderstelle oder im Bekanntenkreis), die Ihr Kind unterstützen?**

**Wie sieht diese Unterstützung aus?**

**Gibt es mit anderen Erwachsenen oder anderen Kindern Schwierigkeiten?**

- c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen zum Kind aus den Bereichen:**  
Familie (e310, e315), Freunde (e320),  
persönliche Hilfspersonen (e340), Pädagogen,  
z. B. Kita (e360), usw.:





**In der nächsten Zeit soll einiges von den Wünschen des Kindes und Ihren Zielen für das Kind umgesetzt werden. Das Gute im Leben Ihres Kindes soll so bleiben.**

Jetzt geht es darum, einen konkreten Plan zu machen:

### **Was soll in der nächsten Zeit mit Unterstützung von Fachkräften erreicht werden?**

Sie brauchen Unterstützung und das muss abgesprochen werden. Manchmal haben Mütter und Väter oder andere Erziehende auch eigene oder andere Ideen, was wichtig ist. Manchmal auch die Fachkräfte.

Aufschreiben sollen Sie hier, auf was sich aus Ihrer Sicht geeinigt werden kann.

Auf keinen Fall dürfen Sie aber die Ziele aus der Sicht des Kindes weglassen.

Aufgeschrieben wird hier auch nur das, was aus Ihrer Sicht möglich ist. Wenn alle sich nicht einigen können, werden die Fachkräfte andere Meinungen weiter hinten (Punkt 15) aufschreiben.

## **5) Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:**

Bitte sowohl auf die Ziele des Kindes als auch der Bezugsperson / Sorgeberechtigten eingehen und kenntlich machen.

**Was gibt es also für persönliche Ziele für ihr Kind in der nächsten Zeit?** Ziele sollen immer positiv sein – sonst hat man keine Motivation, sie zu erreichen. Sie sollen auch im Zeitraum des Planens erreichbar sein. Deshalb muss vielleicht das „große“ Ziel von weiter oben unterteilt werden. Und sie sollen möglichst konkret sein. Das ist manchmal schwer.

Deshalb gibt es einen Tipp. Überlegen Sie: Woran würden Sie erkennen, dass das Ziel erreicht worden ist?

Das ist dann der Anzeiger für das Ziel. Das ist immer ganz konkret. Es hebt ja nur einen Teil des Ziels hervor.

Wenn Sie daran denken, was Ihnen für ihr Kind wichtig ist: Was für ein Ziel braucht es, damit das Kind im Bereich seiner persönlichen Entwicklung weiterkommt? (zum Beispiel sich verständigen, sich bewegen können, mit Stress umgehen können, etwas Interessantes lernen oder machen können, mit anderen in der Familie gut auskommen.)

Hier können drei Ziele und Anzeiger aufgeschrieben werden. Auf jeden Fall sollte aber ein Ziel aus der Sicht des Kindes aufgeschrieben sein. Es müssen nicht drei Ziele sein, vielleicht reicht auch eines. Oder der Bereich ist gerade nicht wichtig.

Wenn ihr Kind schon etwas älter ist und sich gut verständigen kann – fragen Sie es doch auch selbst, was es gerne erreichen will.

**Wenn Sie daran denken, was bei Ihnen zu Hause für die Versorgung wichtig ist** (zum Beispiel: Essen, Trinken, Schlafen, Gutes Aussehen und Sauberkeit, gesund bleiben, Ordnung halten) was könnte dann ein Ziel sein? Hier können zwei Ziele und Anzeiger aufgeschrieben werden.

Auf jeden Fall sollte aber ein Ziel aus der Sicht des Kindes aufgeschrieben sein. Es müssen nicht zwei Ziele sein, vielleicht reicht auch eines. Oder der Bereich ist gerade nicht wichtig.

### **Wenn Sie an den Bereich außerhalb Ihrer Familie denken:**

Was ist für das Kind im sozialen Miteinander wichtig?

Was beim Spielen mit anderen Kindern?

Was wäre ein wichtiges Entwicklungsziel in der Tagesgruppe, der Spielgruppe? Oder bei der Tagesmutter, der Kitagruppe?

Hier können zwei Ziele und Anzeiger aufgeschrieben werden.

Auf jeden Fall sollte aber ein Ziel aus der Sicht des Kindes aufgeschrieben sein. Es müssen nicht zwei Ziele sein, vielleicht reicht auch eines.

Oder der Bereich ist gerade nicht wichtig.

### **Persönliche Ziele für das Kind:**

Ziel 1:

Indikator:

Ziel 2:

Indikator:

Ziel 3:

Indikator:

### **Ziele für das Kind im Bereich Versorgung / häusliches Leben:**

Ziel 4:

Indikator:

Ziel 5:

Indikator:

### **Ziele für das Kind im Bereich soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:**

Ziel 6:

Indikator:

Ziel 7:

Indikator:

## Für eine gute Teilhabeplanung ist es auch wichtig, zu wissen, was ihr Kind gut kann.

Es ist wichtig aufzuschreiben, auf was sich Ihr Kind in Ihrer Familie und in Ihrem Umfeld verlassen kann. Das sind auch all die Dinge, die Sie selbst oder andere Bezugspersonen schon als Unterstützung tun. Das nennt sich **Personenbezogene Ressourcen** (6).

Hier schreiben Sie Stichworte auf. Wie ihr Kind mit Erschwernissen umgeht. Was Sie für Ihr Kind tun. Was andere für Ihr Kind tun. Welche Hilfsmittel es gibt und ob Räume und Zugänge für Ihr Kind passend gemacht worden sind.

### 6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten des Kindes und der Bezugsperson oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

## Die 7. Spalte: was ist jetzt noch bei der Planung zu berücksichtigen?

Hier haben sich auf der linken Spalte jetzt schon alle Fähigkeiten und Beeinträchtigungen durchgeschrieben, über die Sie am Anfang nachgedacht haben. Auch die Erläuterungen haben sich durchgeschrieben. Bitte denken Sie auch hier daran – es soll nicht alles ausgefüllt werden, sondern nur das, was für das Kind wichtig ist. **Dann beginnen die Bereiche mit den schwarzen Ziffernpunkten:**

- ➊ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **grundlegendem Können** wie Lesen, Schreiben, Rechnen?
- ➋ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **grundlegendem Umgehen-Können** wie mit Stress umgehen?
- ➌ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei dem **Sich-Verständigen-Können**?
- ➍ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei dem **Sich-Bewegen-Können**?
- ➎ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei dem **Für-Sich-Selbst-Sorgen**?
- ➏ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen beim **eigenen Haushalten**?
- ➐ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im **Umgang mit anderen Menschen**?
- ➑ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **der Schule / der Ausbildung**?
- ➒ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **der Freizeit und in der Gesellschaft**?

Sie beginnen also in der Zeile mit den schwarzen Punkten. Dort wo sich das erste mal etwas durchgeschrieben hat. Sie füllen auf der Seite dann immer nur die Spalten 8 und 9 aus.

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)	8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen im Umfeld	9. Art der Hilfen nach SGB IX
<div style="border: 1px dashed #ccc; padding: 5px;"> <b>ICF Kapitel Aktivität</b>                      ➊ Lernen / Wissensanwendung                      ➋ Allgemeine Aufgaben / Anforderungen                      ➌ Kommunikation                      ➍ Mobilität                      ➎ Selbstversorgung                      ➏ Häusliches Leben                      ➐ Interpersonelle Interaktionen                      ➑ Bedeutende Lebensbereiche                      ➒ Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben                 </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <b>ERLÄUTERUNGEN</b>                      – keine Beeinträchtigung                      v verzögert                      • leichte Ausprägung                      •• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung                      ••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung                      •••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung                      ∅ nicht anwendbar / feststellbar                      i Weitere Informationen nötig                 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <span style="border: 1px solid #000; padding: 2px;">Fähigkeiten <input checked="" type="checkbox"/></span> </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">                     – keine aktivierbare Hilfe                      • mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar                      •• mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar                      ••• Umfeld-Hilfe vorhanden                 </div>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">                     1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht                      2 Information, Orientierung, Anleitung                      3 Kompensation / Übernahme                      4 individuelle Planung und Feedback                      5 begleitende, übende Unterstützung                      6 regelmäßige und personenbez. Hilfe                      7 selbstorganis. Assistenzleistung                      8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit                 </div>
Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung		
Fähigkeiten <input checked="" type="checkbox"/> oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)	<b>Wer bzw. was?</b>	Ggf. profession. Kommentar
➊ d 110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>	
➋ d 115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	
➌ d 120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	
➍ d 130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	

# Die 8. Spalte: Welche Hilfen für Beeinträchtigungen gibt es im Umfeld des Kindes?

*Ein Beispiel:* Ihr Kind hat eine ausgeprägte Hör-Beeinträchtigung trotz seiner Hörgeräte. Sie haben bei **d 310 „Kommunikation als Empfänger gesprochener Mitteilungen“** 3 Punkte gewählt (*Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten*).

In der Familie kommt Ihr Kind gut zurecht, weil Sie für einfache Mitteilungen die gleichen Rituale benutzen:

- Wenn Ihr Kind aufmerksam gemacht werden soll, fassen Sie es an.
- Wenn Ihr Kind zum Tisch kommen soll, winken sie.

Niemand in ihrer Familie kann sprachunterstützende Gebärden, die ermöglichen, dass komplexere Mitteilungen sprachlich mit entsprechende Gesten begleitet werden können.

Wenn Sie als Eltern und auch seine Geschwister das lernen könnten, wäre eine Teilhabe an der Kommunikation in der Familie sehr viel besser.

Sie haben im Auswahlfeld Umfeldhilfe (*mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar*) angegeben.

Es kann sein, dass Ihr Kind mit Ihnen zusammen in der Frühförderstelle sprachunterstützende Gebärden lernt. Dann schreiben Sie neben dem Auswahlfeld Umfeldhilfe noch „Frühförderstelle“ hinein.

Häufige Leistungen im Umfeld sind auch ärztlich verschriebene Ergotherapie oder Physiotherapie. Für was sind sie verschrieben worden? Unter der passenden Beschreibung als „Umfeldhilfe vorhanden“ sind diese einzutragen.

Es kann sein, dass Sie ein Kind mit schweren und mehreren Behinderungen haben.

Sie haben einen Pflegedienst, der kommt und Sie unterstützt. Sie sollten dann bei den schwarzen Punkten mit der 5 (**Lebensbereich Versorgung**) auf **Seite 3b** nachsehen. Im Beispiel ist unter „Umfeldhilfe vorhanden“ einzutragen, dass der Pflegedienst zum Beispiel täglich Sekret absaugt und das Kind wäscht (*auf seine Gesundheit achten, d 570*) und (*Waschen d 510*).

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

### ICF Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung

**Zuschauen** (d 110)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

**Zuhören** (d 115)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

**Andere sinnliche Wahrnehmungen** (d 120)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

**Nachmachen, nachahmen** (d 130)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung

#### Lernen durch Handeln mit Gegenständen (d 131)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Informationen erwerben (d 132)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sprache erwerben (d 133)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Zusätzliche Sprache erwerben (d 134)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Üben (d 135)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Konzepte aneignen (d 137)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sich Fertigkeiten aneignen (d 155)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Aufmerksamkeit fokussieren (d 160)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung

#### Aufmerksamkeit lenken (d 161)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Denken (d 163)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Probleme lösen (d 175)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Entscheidungen treffen (d 177)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### 

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

### ICF Kapitel 2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

#### Einzelaufgaben übernehmen (d 210)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d 240)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

**Sein Verhalten steuern** (d 250)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

### ICF Kapitel 3 Kommunikation

**Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen** (d 310)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

**Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen** (d 315)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

**Sprechen** (d 330)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

**Präverbale Mitteilungen produzieren** (d 331)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 3 Kommunikation

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Konversation (d 350)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

### ICF Kapitel 4 Mobilität

#### Elementare Körperposition wechseln (d 410)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### In einer Körperposition bleiben (d 415)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sich verlagern (d 420)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Gegenstände anheben und tragen (d 430)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen (d 435)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 4 Mobilität

#### Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Hand und Arm gebrauchen (d 445)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Gehen (d 450)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sich auf andere Weise fortbewegen (d 455)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d 460)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen (d 465)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Transportmittel benutzen (d 470)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### 

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):



## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

Keine aktivierbare Hilfe

mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar

mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar

**Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 5 Selbstversorgung

**Sich waschen** (d 510)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Seine Körperteile pflegen** (d 520)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Die Toilette benutzen** (d 530)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Sich kleiden** (d 540)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Essen** (d 550)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Trinken** (d 560)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Auf seine Gesundheit achten** (d 570)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

**Auf eigene Sicherheit achten** (d 571)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):

Wer bzw. was? (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 5 Selbstversorgung

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

### ICF Kapitel 6 Häusliches Leben

 **Anderen helfen** (d 660)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

### ICF Kapitel 7 Interpersonelle Interaktionen

 **Allgemeine interpersonelle Aktivitäten** (d 710)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

 **Soziale Zeichen in Beziehungen** (d 7104)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

 **Körperlicher Kontakt in Beziehungen** (d 7105)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

 **Unterscheidung bekannter Personen** (d 7106)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

### ICF Kapitel 7 Interpersonelle Interaktionen

#### Mit Fremden umgehen (d 730)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Familienbeziehungen (d 760)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### 

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

### ICF Kapitel 8 Spielen zu Hause oder in der Kita / bedeutende Lebensbereiche

#### Informelle Bildung (d 810)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Vorschulerziehung (d 815)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Sich mit Spielen beschäftigen (d 880)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Solitärspiele (d 8800)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

#### Beobachtungsspiel (d 8801)

Ist das eine besondere **Fähigkeit** Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.

Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes **aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?** (Bitte auswählen):   
**Wer bzw. was?** (Bitte notieren):

## Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- Keine aktivierbare Hilfe
- mit **geringer** professioneller Hilfe aktivierbar
- mit **umfangreichen** professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden**

Nur ergänzen, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

Gibt es hier auch besondere **Fähigkeiten** Ihres Kindes? Dann kreuzen sie das an.

### ICF Kapitel 8 Spielen zu Hause oder in der Kita / bedeutende Lebensbereiche

<input type="checkbox"/>	<b>Parallelspiel</b> (d 8802)		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Gemeinsames Kooperationsspiel</b> (d 8803)		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>

### ICF Kapitel 9 Gemeinschaftsleben außerhalb der Familie

<input type="checkbox"/>	<b>Gemeinschaftsleben</b> (d 910)		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Erholung und Freizeit</b> (d 920)		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Religion und Spiritualität</b> (d 930)		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Menschenrechte / Kinderrechte</b> (d 940)		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Ist das eine besondere <b>Fähigkeit</b> Ihres Kindes? Dann bitte ankreuzen.	Gibt es für diese Beeinträchtigung Ihres Kindes <b>aktivierbare Hilfen oder Leistungen im Umfeld?</b> (Bitte auswählen):	<input type="checkbox"/>
		Wer bzw. was? (Bitte notieren):	<input type="text"/>

## Die 9. Spalte: Art der Hilfen

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbez. Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Hier sind jetzt nur die Teilhabeleistungen einzutragen. Die Hilfen, die Sie jetzt neu beantragen. Oder die Sie zusätzlich von der Behörde – nicht dem Arzt oder der Frühförderstelle – bekommen. **Achtung:** Sie planen jetzt nicht viele einzelne Hilfen. Am Ende wird geschaut, was zusammen gemacht werden kann. Um zu wissen, was gemeinsam gemacht werden kann, wird zuerst an alles einzeln gedacht.

**Sie überlegen jetzt nur für jede Zeile, in der schon etwas steht. Dort wo nichts steht, wird auch nichts ausgefüllt.**

Es kann sein, dass Ihr Kind für die Beeinträchtigung keine Hilfe braucht oder sie keine weitere Hilfe möchten. Dann wählen Sie im Auswahlfeld der 9. Spalte die **[1]**.

Es kann sein, dass Fachkräfte Ihr Kind oder Sie unterstützen sollen. Die Hilfe kann dann verschieden aussehen. Sie tragen jetzt ein, in welcher Form die Hilfe durch Fachkräfte passieren soll.

**Beispiel: Ihr Kind kann schlecht mit Stress umgehen. Es schreit dann.**

Sie wählen die **[2]**, *das heißt dann:* **Fachkräfte unterstützen Ihr Kind, wenn Sie es mitbekommen.** Die Hilfe ist dann, mit dem Kind sprechen, ihm etwas zeigen oder ihm etwas erklären. Fachkräfte in der Kita können bei großem Stress zum Beispiel das Kind auf den Arm nehmen und ihm einen Vorschlag machen, wie es sich selbst beruhigen kann. Es kann auch sein, dass Fachkräfte mit Ihnen sprechen, Ihnen etwas zeigen oder Sie anleiten, damit Sie besser im Alltag zurechtkommen.

Sie wählen die **[3]**, *das heißt dann:* **Fachkräfte sollen das übernehmen, sollen das für das Kind machen.** Für unser Beispiel heißt das dann: Ihr Kind kann schlecht mit Stress umgehen. Fachkräfte in der Kita sollen es dann auf den Arm nehmen und es beruhigen. Sie sollen auch möglichst alles so arrangieren, dass wenig Stress für das Kind entsteht.

Sie wählen die **[4]**, *das heißt dann:* **Fachkräfte sollen Ihrem Kind etwas beibringen.** Fachkräfte sollen Ihrem Kind zum Beispiel beibringen, wie es selbst Stress vermeiden kann. Sie sollen auch zeigen, wie es sich selbst beruhigen kann. Sie sollen auch mit dem Kind sprechen, wie es geklappt hat.

Sie wählen die **[5]**, *das heißt dann:* **Fachkräfte sollen mit Ihrem Kind zusammen üben.** Zum Beispiel sind Fachkräfte möglichst immer dabei, wenn Stress für das Kind entsteht. Sie üben und begleiten, wie das Kind Stress vermeiden kann, sie beruhigen und zeigen, wie es sich selbst beruhigen kann und Sie üben, wie das besser gemacht werden kann.

Sie wählen die **[6]**, *das heißt dann:* **Ihr Kind braucht eine bestimmte Fachkraft,** zum Beispiel kommt Ihr Kind in Stress-Situationen nur mit einem bestimmten Menschen aus. Niemand sonst kann es beruhigen. Es ist notwendig, dass diese Fachkraft möglichst oft verfügbar ist und alle Hilfeformen übernimmt. Das heißt sowohl *übernehmen* wie auch *anleiten* und *üben*. Diese Fachkraft entscheidet je nach Situation, wie sie das Kind unterstützt. Sie weist auch andere Fachkräfte ein, wenn sie manchmal nicht da ist.

Sie wählen die **[7]**, *das heißt dann:* **Sie wollen die Hilfe selbst organisieren und** beantragen ein persönliches Budget, das heißt Geld, um eine Hilfskraft ohne spezielle Ausbildung zu beschäftigen. Später wird abgesprochen, um wieviel Zeit / Geld es geht. Wenn ein persönliches Budget genehmigt worden ist, bezahlen Sie selbst die Hilfskraft, arrangieren alles selbst – wann und wo diese Hilfen stattfinden, wer dies macht, was genau gemacht werden soll und wie häufig er / sie kommt. Auch die Abrechnung machen Sie. Wenn das nicht bei Ihnen zu Hause stattfinden soll, oder die Person krank wird, müssen sie das selbst regeln.

Sie wählen die **[8]**, wenn für die geplanten Leistungen innerhalb eines selbstorganisierten Persönlichen Budgets eine spezielle Fachkraft statt einer Hilfskraft nötig sein wird.

**Noch ein anderes Beispiel:** Auf der ITP-Seite **3b** im Bereich *Mobilität* ist aufgeschrieben, dass das Kind sich nur schwer mit seinem Rollstuhl selbst bewegen kann (*d 465 sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen*).

**In der Familie** ist Umfeld-Hilfe vorhanden. Die Wohnung ist im Erdgeschoss und barrierefrei, die Türen breit genug.

Es ist immer jemand da, wenn das Kind zum Beispiel auf die Toilette geschoben werden muss.

**In der Kita** ist auch Umfeld-Hilfe vorhanden – die Kita ist barrierefrei, man kommt überall mit dem Rollstuhl hin. Die Fachkräfte schieben Ihr Kind auch zur Toilette und vom Essraum in den Gruppenraum. Zum Spielen mit den anderen Kindern drinnen und draußen aber ist der Rollstuhl eine ziemlich große Barriere. Es wäre prima, wenn jemand in der Freispielzeit da wäre, der Ihrem Kind vom Rollstuhl auf den Boden hilft oder Spiele mit anderen Kindern anregt, bei denen der Rollstuhl einbezogen wird.

Sie wählen die **[2]**, *das heißt dann: **Fachkräfte unterstützen das Kind, wenn Sie es mitbekommen und Zeit haben.*** Die Hilfe ist dann, mit dem Kind auf den Boden gehen, ihm etwas zeigen und nach der Freispielzeit es wieder in den Rollstuhl setzen. Oder Sie sagen dem Kind, dass es auch die Praktikantin bitten kann, wenn eine Praktikantin da ist.

Sie wählen die **[3]**, *das heißt dann: **Fachkräfte üben das Ein- und Aussteigen aus dem Rollstuhl vor und nach jeder Freispielzeit.*** Sie überlegen Spiele mit dem Rollstuhl. Im Alltag sollen sie auch möglichst alles so arrangieren, dass vielleicht auch andere Kinder mitspielen.

Sie wählen die **[4]**, *das heißt dann: **Fachkräfte üben mit dem Kind,*** wie man sich auf dem Boden bewegen kann und was man machen kann, damit andere Kinder mitspielen. Sie sollen auch mit dem Kind sprechen, wie es geklappt hat.

Sie wählen die **[5]**, *das heißt dann: **Fachkräfte sind möglichst bei der Freispielzeit immer dabei.*** Sie üben und begleiten, wie man aus dem Rollstuhl kommt. Sie üben, was man alles so auf dem Boden und im Rollstuhl machen kann. Und sie beziehen auch die anderen Kinder ein. Die Fachkräfte schauen, was anderen Kindern im Kontakt Spaß macht. Sie üben auch, wie gemeinsames Spielen auf dem Boden und im Rollstuhl besser gemacht werden kann.

Sie wählen die **[6]**, *das heißt dann: **Das Kind kommt in Stresssituationen nur mit einem bestimmten Mensch aus.*** In unserem Beispiel könnte nur eine bestimmte Person das Kind aus dem Rollstuhl hinein und heraus heben. Es ist notwendig, dass diese Fachkraft möglichst oft verfügbar ist und alle Hilfeformen übernimmt. Das heißt sowohl *übernehmen* wie auch *anleiten* und *üben*, auch mit den anderen Kindern. Diese Fachkraft entscheidet je nach Situation, wie Sie das Kind unterstützt. Sie weist auch andere Fachkräfte ein, wenn Sie manchmal nicht da ist.

Sie wählen die **[7]**, *das heißt dann: **Sie wollen die Hilfe selbst organisieren.***

Sie beantragen ein persönliches Budget.

Später wird abgesprochen, um wieviel Zeit / Geld es geht.

Wenn ein persönliches Budget genehmigt worden ist, bezahlen Sie selbst eine Assistentin oder eine Fachkraft, die für die Freispielzeit in die Kita geht. Sie arrangieren alles selbst – wann und wo diese Hilfen stattfinden, wer dies macht, was genau gemacht werden soll und wie häufig er / sie kommt.

Auch die Abrechnung machen Sie.

Wie das mit dem Kita-Alltag zusammenpasst, müssen Sie selbst regeln.

Auch was passiert, wenn die Person krank wird.

Wenn dazu eine Fachkraft nötig sein wird, wählen Sie die **[8]**.

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbez. Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Zuschauen (d 110)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Zuhören (d 115)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Andere sinnliche Wahrnehmungen (d 120)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Nachmachen, nachahmen (d 130)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Lernen durch Handeln mit Gegenständen (d 131)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Informationen erwerben (d 132)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sprache erwerben (d 133)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Zusätzliche Sprache erwerben (d 134)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Üben (d 135)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Konzepte aneignen (d 137)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich Fertigkeiten aneignen (d 155)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Aufmerksamkeit fokussieren (d 160)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Aufmerksamkeit lenken (d 161)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Denken (d 163)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Probleme lösen (d 175)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Entscheidungen treffen (d 177)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



### ICF Kapitel 2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Einzelaufgaben übernehmen (d 210)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d 240)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sein Verhalten steuern (d 250)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganisierte Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 3 Kommunikation

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen (d 310)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen (d 315)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sprechen (d 330)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Präverbale Mitteilungen produzieren (d 331)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Konversation (d 350)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 4 Mobilität

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Elementare Körperposition wechseln (d 410)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### In einer Körperposition bleiben (d 415)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich verlagern (d 420)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Gegenstände anheben und tragen (d 430)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen (d 435)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Hand und Arm gebrauchen (d 445)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Gehen (d 450)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 4 Mobilität

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich auf andere Weise fortbewegen (d 455)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d 460)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen (d 465)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Transportmittel benutzen (d 470)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



### ICF Kapitel 5 Selbstversorgung

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich waschen (d 510)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Seine Körperteile pflegen (d 520)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):



Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Die Toilette benutzen (d 530)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 5 Selbstversorgung

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich kleiden (d 540)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Essen (d 550)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Trinken (d 560)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Auf seine Gesundheit achten (d 570)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Auf eigene Sicherheit achten (d 571)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

### ICF Kapitel 6 Häusliches Leben

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Anderen helfen (d 660)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:



Fähigkeit / Beeinträchtigung



Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 7 Interpersonelle Interaktionen

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Allgemeine interpersonelle Aktivitäten (d 710)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Soziale Zeichen in Beziehungen (d 7104)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Körperlicher Kontakt in Beziehungen (d 7105)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Unterscheidung bekannter Personen (d 7106)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Mit Fremden umgehen (d 730)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Familienbeziehungen (d 760)

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

Welche Art der Hilfen (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? (Bitte aus 1-8 wählen):

(ggf. professioneller Kommentar):

## 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

### ICF Kapitel 8 Spielen zu Hause oder in der Kita / bedeutende Lebensbereiche

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Informelle Bildung (d 810)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Vorschulerziehung (d 815)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Sich mit Spielen beschäftigen (d 880)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Solitärspiele (d 8800)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Beobachtungsspiel (d 8801)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Parallelspiel (d 8802)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

#### Gemeinsames Kooperationsspiel (d 8803)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

**9. Art der Hilfen nach SGB IX**

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- 7 selbstorganis. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

**Nur ergänzen**, wo hier vorne schon etwas ausgefüllt ist. Sonst zum nächsten weitergehen.

**ICF Kapitel 9 Gemeinschaftsleben außerhalb der Familie**

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Gemeinschaftsleben (d 910)**

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Erholung und Freizeit (d 920)**

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Religion und Spiritualität (d 930)**

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Menschenrechte / Kinderrechte (d 940)**

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

Hier ist bereits notiert:

Fähigkeit / Beeinträchtigung

Hilfen oder Leistungen im Umfeld / Wer?

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-8 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*



**Zur Seite 4 vom ITP-FrüKi:** Diese Seite ist dafür da, eine Übersicht zu bekommen, was außer Haus an Unterstützung stattfinden soll. **Wenn Ihr Kind in keiner Tagesbetreuung ist, lassen Sie diese Seite aus.**

Von vorne haben sich die großen Wünsche und Ziele und die schon vereinbarten Ziele durchgeschrieben. **Hier stehen nur die Ziele, die im Rahmen der Kita, der Pflegestelle, der Tagesgruppe oder anderen Einrichtungen wichtig sind.**

**Es beginnt wieder mit dem, was gerade in der Kindertagesbetreuung aktuell ist:**

Zuerst tragen Sie alles sein, was für das Kind persönlich wichtig ist. *Beispiel:* Es kann sein, dass es gerne in die Kita geht. Es kann aber auch sein, dass es sich sehr schwer von Ihnen trennen kann.

Bitte beschreiben Sie dann, wie die Gruppensituation in der Tagesbetreuung ist. Dafür müssen Sie vielleicht die Erzieherin oder die Fachkraft fragen. Kommt Ihr Kind mit den anderen Kindern gut aus? Kommt Ihr Kind gut mit den Fachkräften aus? Wo merken Sie Probleme im Kontakt mit anderen? Bitte schreiben Sie nur Stichworte auf.

Welche Einschränkungen in der Tagesbetreuung erleben Sie bei Ihrem Kind?  
Gibt es Beeinträchtigungen, die nur dort auftreten?  
*Beispiel:* Ihr Kind isst in der Kita nichts.  
Ihr Kind braucht nur in der Tagesbetreuung eine Windel.

Welche Umfeldfaktoren sind für Ihr Kind in der Tagesbetreuung wichtig? Welche stören Ihr Kind? Welche sind wichtig für Ihr Kind? *Beispiel:* Ihr Kind kommt mit dem Lärm der anderen Kinder schwer zurecht. Für Ihr Kind ist es ganz wichtig, dass es ein Außengelände gibt.

**Persönliche Situation:**

**Soziale Beziehungen in der KiTa / Gruppensituation:**

**Einschränkungen:**

**Umfeldfaktoren:**

### Jetzt soll die Ist-Situation in der Kindertagesbetreuung aufgeschrieben werden:

Wie ist der Personalschlüssel in der Gruppe Ihres Kindes? Wie ist die Ausstattung, die für Ihr Kind wichtig ist? (*Beispiel:* Ihr Kind fährt gern Roller. Gibt es Roller in der Kita?) Gibt es Räume und Ausstattung, die gut für ihr Kind sind? (*Beispiel:* Zugang mit Kinderwagen / Rollstuhl möglich?) Fehlt hier etwas für Ihr Kind? Bitte schreiben Sie hier Stichworte aus der Sicht Ihres Kindes auf. Es geht nicht um eine Beschreibung der Einrichtung.

**Personelle / sächliche / räumliche Bedingungen in der Kindertagesbetreuung:**

Wenn Sie weiter vorne schon konkrete Ziele und Anzeiger für die Kindertagesbetreuung aufgeschrieben haben, haben diese sich durchgeschrieben:

**Konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Kindertagesbetreuung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wenn Sie erst hier erst beginnen, weil Sie nur eine Unterstützung für den Kita-Besuch beantragen wollen, stehen hier nochmal die Ziele, die für Sie und das Kind für die nächste Zeit wichtig sind:

**1) Entwicklungsfokus des Kindes:**

**2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:**

In der nächsten Zeit soll einiges von den Wünschen des Kindes und Ihren Zielen für das Kind umgesetzt werden. Das Gute im Leben Ihres Kindes soll so bleiben. Jetzt geht es darum, einen konkreten Plan zu machen.

## Was soll in der nächsten Zeit mit Unterstützung von Fachkräften erreicht werden?

Sie brauchen Unterstützung und das muss abgesprochen werden. Manchmal haben Mütter und Väter oder andere Erziehende auch eigene oder andere Ideen, was wichtig ist. Manchmal auch die Fachkräfte. Aufschreiben sollen Sie hier, auf was sich aus Ihrer Sicht geeinigt werden kann. Auf keinen Fall dürfen Sie aber die Ziele aus der Sicht des Kindes weglassen.

Aufgeschrieben wird hier auch nur das, was aus Ihrer Sicht möglich ist. Wenn alle sich nicht einigen können, werden die Fachkräfte andere Meinungen weiter hinten (Punkt 15) aufschreiben.

**Was gibt es also für persönliche Ziele für Ihr Kind in der nächsten Zeit?** Ziele sollen immer positiv sein – sonst hat man keine Motivation, sie zu erreichen. Sie sollen auch im Zeitraum des Planens erreichbar sein. Deshalb muss vielleicht das „große“ Ziel von weiter oben unterteilt werden. Und sie sollen möglichst konkret sein. Das ist manchmal schwer.

### Konkrete Ziele und Indikatoren (Anzeiger) im Bereich Kindertagesbetreuung:


**Deshalb gibt es einen Tipp. Überlegen Sie:** Woran würden Sie erkennen, dass das Ziel erreicht worden ist?

Das ist dann der Anzeiger für das Ziel. Das ist immer ganz konkret. Es hebt ja nur einen Teil des Ziels hervor. Wenn Sie jetzt Ziele hier aufschreiben, schreiben die sich auch wieder auf die Seite 2 zurück.

*Jetzt müssen sie überlegen:* Was gibt es an Möglichkeiten in der Kindertagesbetreuung. Wie kann Ihr Kind dort im Rahmen des normalen Ablaufs unterstützt werden? Das nennt man Ressourcen. Um hier Stichworte aufzuschreiben, ist es wichtig mit den Fachkräften der Kindertagesbetreuung zu sprechen.

*Beispiel:* Es gibt dort im nächsten Jahr eine Praktikantin, die bestimmte zusätzliche Unterstützung leisten könnte.

*Beispiel:* Die Fachkraft in der Gruppe Ihres Kindes hat eine Weiterbildung in Sprachförderung gemacht.

Sie kann im Rahmen der Gruppe mit allen Kindern üben.

Was gibt es an Personen und Hilfen im Umfeld, die ihr Kind unterstützen können, bei der Kindertagesbetreuung mitzumachen? **Auch hier nur Stichworte aufschreiben.** *Beispiel:* Der Großvater des Kindes ist pensioniert. Er kann das Kind zur Tagesmutter bringen und abholen. *Beispiel:* Ihre Nachbarin liest gerne vor. Mit der Kita ist ausgemacht, dass Sie Freitagmittag immer kommt und einer kleinen Gruppe vorliest. Das ist eine Sprachförderung.

### Personenbezogene Ressourcen / zusätzliche Leistungen in der KiTa:

### Aktivierbare Hilfen im Umfeld:

Schauen sie jetzt über die Seite: Was genau wird gebraucht, damit Ihr Kind im Rahmen der Kindertagesbetreuung unterstützt werden kann? Was ist für das vereinbarte Ziel zu tun? Was kann von den Fachkräften gemacht werden? Wofür würde Ihr Kind zusätzlich Unterstützung tagsüber brauchen? Schreiben Sie das jetzt unter **Vorgehen** in Stichworten hin.

Das schreibt sich als erster Entwurf auf die Seite 5 durch.

### Konkrete Ziele im Bereich Kindertagesbetreuung:

--	--

### Vorgehen:

--	--

**Auf Seite 5 des ITP** geht es darum zu planen, was getan werden muss, damit Ihr Kind die aufgeschriebenen Ziele erreicht. Dafür muss alles zusammengefasst werden, was gemacht werden soll.

- Was kann zusammen erledigt werden? Hat Ihnen jemand geholfen, den Plan zu machen?
- Soll er oder sie jetzt mit Ihnen alles zusammenfassen?
- Soll er oder sie das Umsetzen ihres Plans auch mit Anderen organisieren?

**Diese Zusammenfassung ist schwierig. Wir empfehlen Ihnen, sich für diese schwierige Arbeit Unterstützung zum Beispiel durch eine Fachkraft zu holen.**

Damit auch an alles gedacht wird, was klappen muss, damit Sie ihre Ziele erreichen, müssen Sie auch schauen, was sie unter „Art der Hilfen“ für die ITP-Seiten **3a** und **3b** eingetragen haben. Hilfreich ist auch, sich die Ziele auf Seite 2 anzusehen.

Alle Hilfen mit der **Zahl 2** müssen zusammen angeschaut werden, was davon zusammen erledigt werden kann.

Alle Hilfen mit der **Zahl 3** müssen angeschaut werden, was davon zusammen erledigt werden kann.

Alle Hilfen mit der **Zahl 4** müssen angeschaut werden, was davon zusammen erledigt werden kann.

Alle Hilfen mit der **Zahl 5** müssen angeschaut werden, was davon zusammen erledigt werden kann.

Alle Hilfen mit der **Zahl 6** müssen angeschaut werden, was davon zusammen erledigt werden kann.

Alle Hilfen mit der **Zahl 7** oder der **Zahl 8** müssen zusammen angeschaut werden, weil das als Persönliches Budget gemacht werden soll. Am besten geht das mit Karten. Oder mit herauschreiben.

#### **Was ist für das Umsetzen Ihres Plans zu tun?**

Gibt es viele Dinge, die abgestimmt werden müssen?

Überlegen Sie, ob Ihr Kind zu Hause und in der Kindertagesbetreuung Hilfe braucht.

Oder nur in der Kindertagesbetreuung? Oder nur zu Hause?

Schauen Sie dazu nochmal Ihre Ziele und Anzeiger unter **5)** an.

Das sind die **Teilhabeziele für die nächste Zeit**. Sie haben sich von vorne durchgeschrieben.

- Was sollte dafür getan werden?
- Welche Arten von Hilfen in Bezug auf Ihr Kind können zusammengefasst werden?

#### **Zuerst geht es um die persönlichen Ziele des Kindes oder Ihre Ziele für das Kind.**

Die vereinbarten Ziele haben sich durchgeschrieben.

Darunter ist ein Feld: **Vorgehen**.

Hier schreiben Sie jetzt in Stichworten auf, welche Unterstützung für dieses Ziel nötig ist.

Unter **12)** schreiben Sie dann passend zu den Stichworten beim Vorgehen auf:

- Wer soll das machen?
- Was ist die Leistung von Fachkräften, die gebraucht wird?

Und unter **13)** dann: Wie oft muss das passieren?

**Beispiel:** Das *Teilhabeziel 5.1* ist: Klara kann mit einem Stift malen. Die Krankenkasse hat Physiotherapie und Ergotherapie bezahlt. Aber das reicht nicht und die Verschreibung ist zu Ende. Klara muss im Alltag unterstützt werden. Sie haben erfahren, dass es einen Mutter-Kind-Kurs für Malen und Schriftvorbereitung gibt. Damit bekommen Sie Ideen, wie Sie Klara zu Hause unterstützen können. Die Kita hat mit Ihnen und der Fachkraft der Behörde ausgemacht, dass diese in Klaras Gruppe vermehrt Malspiele mit allen Kindern anbieten wird. Sie schreiben bei „Vorgehen“ hin: *Gemeinsamer Kurs mit Klara, Absprache Malspiele in Kita*.

Unter **12)** Erbringung / Leistung steht dann: *Persönliches Budget Mutter: Kurs*.

- So gehen Sie alle Ziele durch, immer ausgehend vom **Vorgehen** über die **Erbringung** der Leistung.
- In **Spalte 13** schreiben Sie dann auf, wie oft und wie umfangreich das nötig ist.
- Dann schätzen Sie insgesamt für alle Zeilen ein, wie hoch der Aufwand ist.  
Das ist kein Zusammenzählen.
- Was davon kann auch über die Ziele hinweg zusammen von wem gemacht werden?
- Das ist eine Schätzung.

**Darunter trägt die Fachkraft von der Behörde noch etwas ein.** Das ist jedoch nur der Fall, wenn Ihr Kind zum Beispiel noch parallel in die Frühförderung gehen wird. Dann trägt Sie ein, welche Leistungen nach der Frühförderungsverordnung Ihr Kind noch erhält.

Die Kita braucht keine gesonderte Leistung. Die Koordination der Leistung wird von der Fachkraft in der Behörde übernommen, das steht dann hier auch nicht als gesonderte Leistung. Unter **13) Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs** steht dann: *Einmal, Aufwand gering.*

Noch ein **Beispiel:** Das Teilhabeziel 5.6 für Metin ist: **Metin macht mit Spaß beim Morgenkreis in der Kita mit.** Voraussetzung für dieses Teilhabeziel ist, dass Metin seine Aufmerksamkeit lenken kann, dass er die zusätzliche Sprache Deutsch besser kann und dass er Probleme lösen kann. Bei all diesen Aktivitäten haben die Eltern auf der ITP-Seite 3a *ausgeprägte Beeinträchtigungen* angegeben.

Es gibt dafür auch keine *Hilfen oder Leistungen im Umfeld*. Bei *Art der notwendigen Hilfen* ist angegeben:

Bei *Aufmerksamkeit* eine **2** (Information, Anleitung).

Bei der *zusätzlichen Sprache* eine **5** (begleitende, übende Unterstützung).

Und bei dem *Probleme lösen* auch eine **5**.

Das alles muss bei der Unterstützung für das Mitmachen bedacht werden – kann aber zusammen erledigt werden.

In der Kita ist die Gruppe von Metin groß. Und es gibt oft beim Morgenkreis nur eine Fachkraft. Sie kann auf die Beeinträchtigungen von Metin nicht speziell eingehen. Es gibt noch viele andere Kinder. Außerdem bleiben auch andere Kinder nicht sitzen, die Ablenkung und der Lärm sind enorm. Damit Metin weiter in seiner Kita bleiben kann, soll es **Stunden für eine heilpädagogische Fachkraft** geben. Sie wird mit Metin und wenigen anderen Kindern in den nächsten Monaten einen kleinen Morgenkreis machen. Metin sitzt neben ihr – sie kann ihn ansprechen, wenn er nicht bei der Sache ist. Sie kann mit ihm gemeinsam verschiedene Dinge auf verschiedene Art üben, damit er besser Deutsch lernt. Sie kann auch mit ihm und den anderen Kindern im kleinen Morgenkreis üben, wie man Probleme löst.

Bei **Vorgehen** unter dem Ziel „*Metin macht mit Spaß beim Morgenkreis mit*“ steht dann:

- kleiner paralleler Morgenkreis mit integrierter Übung.

Das ist eine Gruppenleistung. Es nimmt neben drei anderen Kindern auch noch ein weiteres Kind mit Beeinträchtigungen teil. Der Aufwand kann also bei Umfang durch 2 geteilt werden.

Bei **12) Erbringung** steht dann: **Assistenzstunden von Fachkraft in der Kita.**

Bei **13)** steht dann: **5 mal in der Woche, mäßiger Aufwand.**

## Wie können Sie zusammengefasst das Vorgehen zu den Zielen des Kindes planen?

Persönliche Ziele für das Kind:		12. Erbringung durch:	13. Wie oft:	Aufwand:
Ziel 1:				
Vorgehen:				
Ziel 2:				
Vorgehen:				
Ziel 3:				
Vorgehen:				

## Wie können Sie zusammengefasst das Vorgehen zu den Zielen im Bereich Versorgung planen?

Ziele im Bereich Versorgung / häusliches Leben:		12. Erbringung durch:	13. Wie oft:	Aufwand:
Ziel 4:				
Vorgehen:				
Ziel 5:				
Vorgehen:				

## Wie können Sie das Vorgehen zu den Zielen im Bereich außer Haus / Kindertagesbetreuung zusammenfassen?

Ziele für soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:		12. Erbringung durch:	13. Wie oft:	Aufwand:
Ziel 6:				
Vorgehen:				
Ziel 7:				
Vorgehen:				

### Andere erzieherische Leistungen / andere Sozialleistungen:

### Pflegerische Unterstützung (siehe ggf. auch Zusatzbogen PU)

**14.) Sie haben schon Erfahrungen mit Hilfen für Ihr Kind gemacht.** Gibt es Erfahrungen, die wichtig sind für die aktuelle Planung? *Beispiel:* Ihr Kind spricht nicht mit fremden Therapeuten. **15.)** Wenn Sie mit der Unterstützung einer Fachkraft diesen Plan erstellt haben, sollte diese Fachkraft jetzt aufschreiben, ob er oder wo er / sie dem Teilhabeplan etwas hinzufügen will. Eine andere Meinung zum Vorgehen muss auf jeden Fall hier stehen. Es muss auch auf jeden Fall hier stehen, wenn ein zweiter Sorgeberechtigter eine andere Meinung hat. **16.)** Hier soll eingetragen werden, welche Fachkraft von der Behörde den ITP aufgeschrieben hat und wer dabei mitgeholfen hat.

#### 14. Bisherige Erfahrungen der Sorgeberechtigten / Erziehungsverantwortlichen mit Hilfen:

#### 15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von Mitarbeiter\*in Sorgeberechtigte Kind:

#### 16. Leiter/in des Verfahrens

   
 Name Telefon

  
 Anschrift

##### Bogenassistent

   
 Name Telefon

  
 Anschrift

##### Vertretung Bogenassistent

   
 Name Telefon

  
 Anschrift

#### Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart: ja nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

**17.)** Hier erklären Sie, dass Sie mit dem gemachten Plan einverstanden sind. Wenn Sie mit etwas nicht einverstanden sind, was Fachkräfte aufgeschrieben haben, sollte es hier aufgeschrieben werden. Sie müssen dann auch sagen, wer alles den Plan sehen und haben darf. Sie werden von der Behörde den fertigen ITP-FrüKi Thüringen bekommen. Sie können aber auch vorher schon entscheiden, ob Sie eine Konferenz haben wollen, bei der auch noch andere Fachkräfte dabei sind. Das heißt **Gesamtplankonferenz**.

Bei einer Gesamtplankonferenz kann noch besprochen werden, was Sie am fertigen Gesamtplan nicht gut finden. Sie können aber auch aufschreiben, ob Sie alles gut finden, was drin steht. Sie bestätigen dabei auch, dass Sie den Gesamtplan bekommen haben.

#### 17. Sorgeberechtigte / Erziehungsverantwortliche:

Der ITP wird zur Durchführung der Maßnahmen / Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch IX benötigt. Die im ITP formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen  werden von mir unterstützt,  können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

Ich bin damit einverstanden, dass der ITP den am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Amtsvormund / -pflege:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

Wenn nicht einverstanden bitte die Beteiligten eintragen, welchen der Teilhabeplan nicht zur Verfügung gestellt werden soll:

# Sozialdaten

## PLANUNGSZEITRAUM

von:  bis:

Geburtsdatum

Geschlecht

Aktenzeichen

### Lebenssituation

Name Sorgeberechtigte\*r      Verwandtschaftsstatus

Adresse

Telefon / E-Mail

ggf. Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Adresse

Telefon / E-Mail

**Sorgerechtssituation:**     alleinig     gemeinsam  
Ggf. Name der 2. sorgeberechtigten Person, Adresse, E-Mail, Telefon:

**Wirkungs- / Aufgabenkreis:**  
 vollumfänglich     oder Teile der Sorge:

**Ggf. weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte** (z. B. Amtsvormundschaft, -pflege / gesetzliche Betreuung) für das Kind:

**Aktuelle Familiensituation** (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

### Aktuelle Bildungssituation:

Zurückstellung Schulbesuch

### Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

### Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel

(z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Bisherige Abstimmungen:

### Behinderung, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft führen kann:

	droht	liegt vor	ggf. Erläuterungen, z. B. ICD-Diagnosen:
körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
seelische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinnesbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Soz.-med. Stellungnahmen:**     nein     ja / Datum:     Bemerkungen:

**GdB vorhanden?**     nein     ja / Umfang:     Merkzeichen:

**Leistungen nach SGB XI:**     nein     ja / **Pflegegrad:**      Pflegegrad beantragt     kein Pflegegrad

**Leistungen nach SGB V:**     nein     ja / Bemerkungen:

**Leistungen nach SGB VIII:**     nein     ja / Bemerkungen:

### Beeinträchtigungen der Sorgeberechtigten / leibliche Eltern:

**ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ☒ nicht anwendbar / feststellbar
- i weitere Informationen nötig

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes ein:

**Bereich: Lernen und Wissensanwendung**

- d 110 Zuschauen
- d 115 Zuhören
- d 120 Andere sinnliche Wahrnehmungen
- d 130 Nachmachen, nachahmen
- d 131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen
- d 132 Informationen erwerben
- d 133 Sprache erwerben
- d 134 Zusätzliche Sprache erwerben
- d 135 Üben
- d 137 Konzepte aneignen
- d 155 Sich Fertigkeiten aneignen
- d 160 Aufmerksamkeit fokussieren
- d 161 Aufmerksamkeit lenken
- d 163 Denken
- d 175 Probleme lösen
- d 177 Entscheidungen treffen
- 

**Bereich: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

- d 210 Einzelaufgaben übernehmen
- d 220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- d 250 Sein Verhalten steuern
- 

**Bereich: Kommunikation**

- d 310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
- 
- d 315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen
- d 330 Sprechen
- d 331 Präverbale Mitteilungen produzieren
- 
- d 350 Konversation
- 

**Bereich: Mobilität**

- d 410 Eine elementare Körperposition wechseln
- d 415 In einer Körperposition bleiben
- d 420 Sich verlagern
- d 430 Gegenstände anheben und tragen
- d 435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen
- d 440 feinmotorischer Handgebrauch
- d 445 Hand und Arm gebrauchen
- d 450 Gehen
- d 455 Sich auf andere Weise fortbewegen
- d 460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- d 465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen
- d 470 Transportmittel benutzen
-



**ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ☒ nicht anwendbar / feststellbar
- i weitere Informationen nötig

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes ein:

**Bereich: Selbstversorgung**

- d 510 Sich waschen
- d 520 Seine Körperteile pflegen
- d 530 Die Toilette benutzen
- d 540 Sich kleiden
- d 550 Essen
- d 560 Trinken
- d 570 Auf seine Gesundheit achten
- d 571 Auf eigene Sicherheit achten
- 

**Bereich: Häusliches Leben**

- d 660 Anderen helfen
- 

**Bereich: Interpersonelle Interaktionen**

- d 710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten
- d 7104 Soziale Zeichen in Beziehungen
- d 7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen
- d 7106 Unterscheidung bekannter Personen
- d 730 Mit Fremden umgehen
- d 760 Familienbeziehungen
- 

**Bereich: Bedeutende Lebensbereiche**

- d 810 Informelle Bildung
- d 815 Vorschulerziehung
- d 880 Sich mit Spielen beschäftigen
- d 8800 Solitärspiele
- d 8801 Beobachtungsspiel
- d 8802 Parallelspiel
- d 8803 gemeinsames Kooperationspiel
- 

**Bereich: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

- d 910 Gemeinschaftsleben
- d 920 Erholung und Freizeit
- d 930 Religion und Spiritualität
- d 940 Menschenrechte / Kinderrechte
- 

**Wesentliche / drohende Behinderung festgestellt**

Nein  Ja  Wer? / Wann?:

**Wesentliche Teilhabe-Einschränkung liegt vor?**

Nein  Ja  Begründung:

**Wurde Förder- und Behandlungsplan Teil C ausgelöst?**

Nein  Ja

Datum:   
Unterschrift Bearbeitung:

**1) Entwicklungsfokus des Kindes:**

**2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:**

**3a) Lebensort des Kindes:**

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

**3b) Bildung und Erziehung:**



**4) Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes**

**a) Aktuelle Situation in der Familie / in der Erziehungssituation:**

**b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation:**  
Materielle Situation (e 165),  
Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125), usw.:

**c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen zum Kind** aus den Bereichen:  
Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320),  
persönliche Hilfspersonen (e 340), Pädagogen,  
z. B. Kita (e 360), usw.:

**5) Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:**

Bitte sowohl auf die Ziele des Kindes als auch der Bezugsperson / Sorgeberechtigten eingehen und kenntlich machen

**Persönliche Ziele für das Kind:**

Ziel 1:

Indikator:

Ziel 2:

Indikator:

Ziel 3:

Indikator:

**Ziele für das Kind im Bereich Versorgung / häusliches Leben:**

Ziel 4:

Indikator:

Ziel 5:

Indikator:

**Ziele für das Kind im Bereich soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:**

Ziel 6:

Indikator:

Ziel 7:

Indikator:

### 6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten des Kindes und der Bezugsperson oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

### 7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

- ICF Kapitel Aktivität**
- 1 Lernen / Wissensanwendung
  - 2 Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
  - 3 Kommunikation
  - 4 Mobilität
  - 5 Selbstversorgung
  - 6 Häusliches Leben
  - 7 Interpersonelle Interaktionen
  - 8 Bedeutende Lebensbereiche
  - 9 Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

- ERLÄUTERUNGEN**
- keine Beeinträchtigung
  - v verzögert
  - leichte Ausprägung
  - mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
  - erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
  - voll ausgeprägte Beeinträchtigung
  - ∅ nicht anwendbar / feststellbar
  - i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

### 8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

### 9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbez. Hilfe
- 7 selbstorgan. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten  oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?	Ggf. profession. Kommentar
1 d 110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 132 Informationen erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 133 Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 134 Zusätzliche Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 135 Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 137 Konzepte aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 160 Aufmerksamkeit fokussieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 161 Aufmerksamkeit lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 163 Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 d 177 Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 d 210 Einzelaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 d 220 Mehrfachaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 d 250 Sein Verhalten steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 d 310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 d 315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 d 330 Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 d 331 Präverbale Mitteilungen produzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 d 350 Konversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Fortsetzung: Was ist bei der Planung zu berücksichtigen?**

**7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)**

- ICF Kapitel Aktivität**
- 1 Lernen / Wissensanwendung
  - 2 Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
  - 3 Kommunikation
  - 4 Mobilität
  - 5 Selbstversorgung
  - 6 Häusliches Leben
  - 7 Interpersonelle Interaktionen
  - 8 Bedeutende Lebensbereiche
  - 9 Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

- ERLÄUTERUNGEN**
- keine Beeinträchtigung
  - v verzögert
  - leichte Ausprägung
  - mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
  - erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
  - voll ausgeprägte Beeinträchtigung
  - ∅ nicht anwendbar / feststellbar
  - i Weitere Informationen nötig

**Fähigkeiten**

**8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen im Umfeld**

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

**9. Art der Hilfen nach SGB IX**

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbez. Hilfe
- 7 selbstorgan. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten  oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?	Ggf. profession. Kommentar
4	d 410 Elementare Körperposition wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 415 In einer Körperposition bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 420 Sich verlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 430 Gegenstände anheben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 440 Feinmotorischer Handgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 445 Hand und Arm gebrauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 450 Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 455 Sich auf andere Weise fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d 470 Transportmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 510 Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 520 Seine Körperteile pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 530 Die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 540 Sich kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 550 Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 560 Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 570 Auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d 571 Auf eigene Sicherheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	d 660 Anderen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d 710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d 104 Soziale Zeichen in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d 7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d 7106 Unterscheidung bekannter Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d 730 Mit Fremden umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d 760 Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 810 Informelle Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 815 Vorschulerziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 880 Sich mit Spielen beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 8800 Solitärspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 8801 Beobachtungsspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 8802 Parallelspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d 8803 Gemeinsames Kooperationspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d 910 Gemeinschaftsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d 920 Erholung und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d 930 Religion und Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d 940 Menschenrechte / Kinderrechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10) Klärung des Bedarfs im Bereich soziales Leben / Spiel bei mehreren Beteiligten**

**Entwicklungsfokus des Kindes:**



**Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:**



**Aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Kindertagesbetreuung:**

Persönliche Situation:

Soziale Beziehungen in der KiTa / Gruppensituation:

Einschränkungen:

Umfeldfaktoren:

Personelle / sächliche / räumliche Bedingungen in der Kindertagesbetreuung:

**Konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Kindertagesbetreuung:**

Ziel **6**:

Ziel **7**:

Indikator:

Indikator:

**Personenbezogene Ressourcen / zusätzliche Leistungen in der KiTa:**

**Aktivierbare Hilfen im Umfeld:**

**Geplantes Vorgehen:**

Ziel **6**:

Ziel **7**:

**11) Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:**

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

**Persönliche Ziele für das Kind:**

**1: Vorgehen in diesem Bereich:**

**2: Vorgehen in diesem Bereich:**

**3: Vorgehen in diesem Bereich:**

**Ziele im Bereich Versorgung / häusliches Leben:**

**4: Vorgehen in diesem Bereich:**

**5: Vorgehen in diesem Bereich:**

**Ziele für soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:**

**6: Vorgehen in diesem Bereich:**

**7: Vorgehen in diesem Bereich:**

**12) Erbringung:**

Benennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Mitarbeiter selbständig (mit Assistenz)

**13) Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**

Zyklus und Höhe des Aufwands

**Erbringung durch:**

**Zyklus:**


**Aufwand:**






**Erbringung durch:**

**Zyklus:**


**Aufwand:**




**Erbringung durch:**

**Zyklus:**


**Aufwand:**




**Andere erzieherische Leistungen / andere Sozialleistungen:**

**Pflegerische Unterstützung** (siehe ggf. auch Zusatzbogen PU)

**14. Bisherige Erfahrungen der Sorgeberechtigten / des Kinds mit Hilfen:**

**15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von  Mitarbeiter\*in  Sorgeberechtigte  Kind:**

**16. Leiter/in des Verfahrens**

Name  Telefon

Anschrift

**Bogenassistent**

Name  Telefon

Anschrift

**Vertretung Bogenassistent**

Name  Telefon

Anschrift

**Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart:**  nein  ja  
unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

**17. Sorgeberechtigte:** Den ITP habe ich am  erhalten.

Der ITP wird zur Durchführung der Maßnahmen / Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch IX benötigt.

Die im ITP formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen

werden von mir unterstützt,

können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

Ich bin damit einverstanden, dass der ITP den am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Amtsvormund / -pflege:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

Wenn nicht einverstanden, bitte die Beteiligten eintragen, welchen der Teilhabeplan nicht zur Verfügung gestellt werden soll:

**18. Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung / Datenschutz**

Derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Er hat auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Werden diese Mitwirkungspflichten verletzt, kann der Sozialleistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

Alle gemachten Angaben in diesem ITP dienen der Planung der Teilhabeleistungen für den Vereinbarungszeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r / ggf. Amtspflege

Datum / Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens

## Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

**Zu diesem ITP FrüKi wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt** (bitte ankreuzen):

- PU** (Pflegerische Unterstützung)
- C** (Herausforderndes Verhalten)

Datum / Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens



**Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis**

ZEITRAUM von:  bis:

Allgemeine Ziele  
für das Kind

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Versorgung /  
häusliches Leben

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Soziales Leben und  
bedeutende Lebens-  
bereiche / Spiel

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

**Bewertung Sorgeberechtigte\*r / ggf. Kind:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

**Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:**

**Auswertungsdatum:**

**BearbeiterIn:**

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r / ggf. 2. Sorgeberechtigte\*r / ggf. Amtspflege

Datum / Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens