

für den Zeitraum vom  bis 

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

Sie haben Unterstützung für die Entwicklung Ihres Kindes beantragt.

Sie wollen bei der Planung der Unterstützung Ihres Kindes mitmachen.

Wo und Wie soll es im nächsten Jahr unterstützt werden?

### Sie fangen am besten mit diesem Plan an.

Wenn nötig, fragen Sie andere Menschen um Hilfe bei der Planung. Für die Zukunft müssen Sie Ihre Wünsche für Ihr Kind wissen. Und auch, welche Wünsche sie an das Zusammenleben in der Familie mit Kind haben. Was macht Ihr Kind gerne? Was würde es gerne wollen? Ältere Kinder können da für sich selbst sprechen. Sie können das ergänzen.

Aus ihren Wünschen für das Kind entstehen die Ziele für die Unterstützung im nächsten Jahr.

In Gesprächen werden die Ziele des Kindes und ihre Ziele für das Kind dann mit den Fachkräften abgestimmt. Es geht um die Unterstützung, die ihr Kind braucht, um Ziele zu erreichen. Das was an Unterstützung bezahlt wird, um Ziele zu erreichen, nennen wir Teilhabeleistungen.

Sie müssen aber auch an die Leistungen denken, die wichtig dafür sind, dass Ziele erreicht werden können. Das können Leistungen der Grundversorgung oder der Pflege sein. Mit der Beantwortung der vielen Fragen in „Mein Teilhabeplan Früki“ machen Sie einen Vorschlag. Darüber verhandeln Sie dann mit Fachkräften von Diensten und Einrichtungen.

Dieser lange Text hier „Mein Teilhabeplan Früki MV“ macht aus dem, was Sie einfüllen, dann einen Antrag auf Unterstützung von nur 6 Seiten. Das funktioniert mit Durchschreibefeldern auf dem **ITP für Kinder vor dem Schuleintritt**. Das ist auch eine Hilfe, um persönliches Budget zu beantragen. Wir haben versucht verständlich zu sein, aber „leichte Sprache“ gelingt uns nicht immer.

Wer soll beim Ausfüllen dabei sein? Soll Ihnen etwas erklärt werden? **Sie entscheiden das**. Denken Sie daran: **Sie dürfen ausprobieren, Sie dürfen sich auch umentscheiden**. Schreiben Sie alles auf, was für die Planung wichtig ist. Lassen sie alles weg, was nicht für Sie und ihr Kind passt. Sie können dann am Ende im ITP-Früki sehen, wie das auf 6 Seiten aussieht.

Am Ende bekommen Sie damit einen Überblick.

Tragen Sie bitte den **Namen und den Vornamen des Kindes** ein. Für dieses Kind soll ein Antrag auf Unterstützung gestellt werden. Wann ist es geboren? Was für ein Geschlecht hat es?

Name, 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name Erziehende*r	Verwandtschaftsstatus	Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-Mail	Telefon		

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.

<b>Sorgerechtssituation:</b> <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> alleinig <input type="checkbox"/> geteilt	<b>Wirkungs- / Aufgabenkreis:</b> <input type="checkbox"/> vollumfänglich <input type="checkbox"/> oder Teile der Sorge:
Name der 1. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon	<input type="checkbox"/> vollumfänglich <input type="checkbox"/> 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, will die Behörde wissen, in welchen Bereichen ihr Kind etwas besonders gut kann oder wo es Schwierigkeiten hat. Es ist auch wichtig zu wissen, ob es für seine Entwicklung auch Gelegenheiten 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 ❶: Lernen
- Bereich ❷: Anforderungen an Ihr Kind
- Bereich ❸: Verständigung mit Ihrem Kind
- Bereich ❹: Bewegung / Transport
- Bereich ❺: Versorgung
- Bereich ❻: Häusliches Leben
- Bereich ❼: Umgang mit anderen Menschen
- Bereich ❽: Spielen
- Bereich ❾: 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 das noch entwickeln wird.

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

Sie werden dann auch gefragt, ob das Kind überhaupt Gelegenheit hat, diese Aktivitäten 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 dann das 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 ist, 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 seinen 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, nimmt es Medikamente.***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.**

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)

**Ihr Kind kann sich gut auch selbst 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 draußen unter anderen Leuten.**  
*Es kommt auf dem Spielplatz gut zurecht.*  
*Zum Beispiel: es kommt im Schwimmbad 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 seine 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 Ihr Kind 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 im nächsten Jahr wäre, dass es mit ein oder zwei Kinder als Freunde gewinnt.

**Ein anderes Beispiel:** ihr Kind mit einer Gehbeeinträchtigung 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 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 23 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 nochmal 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) Erziehungssituation – 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) Erziehungssituation:

Bevor man mit einer Planung loslegt, ist es wichtig zu wissen, wo das Kind und ihr 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?

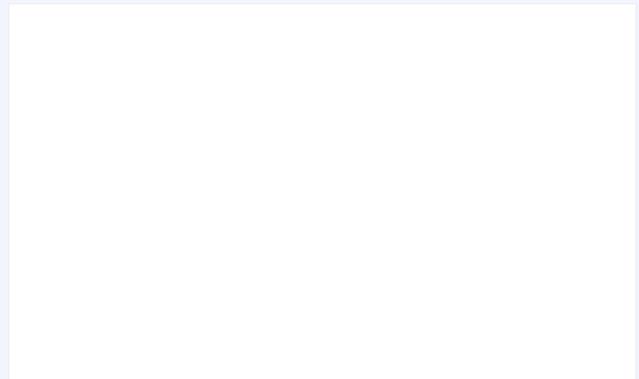
Ist ihre materielle Situation ausreichend?

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

Haben Sie Möglichkeiten, sich vom Wohn-Ort 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.:

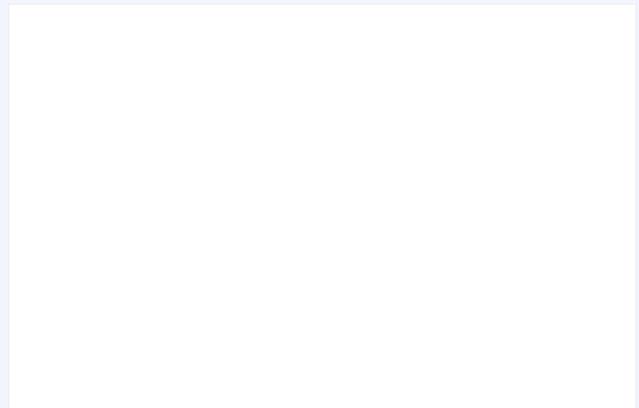


- 4c) Welche anderen Erwachsenen, welche anderen Kinder sind in dessen Leben wichtig?

Welche Fachkräfte außerhalb der Familie kennt ihr Kind?

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. Oder 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). 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 5.1:

Anzeiger:

Ziel 5.2:

Anzeiger:

Ziel 5.3:

Anzeiger:

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

Ziel 5.4:

Anzeiger:

Ziel 5.5:

Anzeiger:

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

Ziel 5.6:

Anzeiger:

Ziel 5.7:

Anzeiger:

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

Es ist auch wichtig, das aufzuschreiben, auf was in ihrer Familie, in ihrem Umfeld sich ihr Kind 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, nur das, was für das Kind wichtig ist. **Dann beginnen die Bereiche mit den schwarzen Zifferpunkten:**

- ❶ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **grundlegendem Können** wie Lesen, Schreiben, Rechnen?
- ❷ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **grundlegendem Umgehen-Können** wie mit Stress umgehen?
- ❸ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei dem **Sich-Verständigen-Können**?
- ❹ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei dem **Sich-Bewegen-Können**?
- ❺ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei dem **Für-Sich-Selbst-Sorgen**?
- ❻ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen beim **eigenen Haushalten**?
- ❼ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im **Umgang mit anderen Menschen**?
- ❽ Gibt es Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei **der Schule / der Ausbildung**?
- ❾ 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. Hilfen oder Leistungen im Umfeld		9. Art der Hilfen nach SGB IX	
<p><b>ICF Kapitel Aktivität</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❶ Lernen / Wissensanwendung</li> <li>❷ Allgemeine Aufgaben / Anforderungen</li> <li>❸ Kommunikation</li> <li>❹ Mobilität</li> <li>❺ Selbstversorgung</li> <li>❻ Häusliches Leben</li> <li>❼ Interpersonelle Interaktionen</li> <li>❽ Bedeutende Lebensbereiche</li> <li>❾ Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben</li> </ul>	<p><b>ERLÄUTERUNGEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Beeinträchtigung</li> <li>v verzögert</li> <li>• leichte Ausprägung</li> <li>•• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung</li> <li>••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung</li> <li>•••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung</li> <li>∅ nicht anwendbar / feststellbar</li> <li>i Weitere Informationen nötig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine aktivierbare Hilfe</li> <li>• mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar</li> <li>•• mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar</li> <li>••• Umfeld-Hilfe vorhanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht</li> <li>2 Information, Orientierung, Anleitung</li> <li>3 Kompensation / Übernahme</li> <li>4 individuelle Planung und Feedback</li> <li>5 begleitende, übende Unterstützung</li> <li>6 regelmäßige und personenbez. Hilfe</li> <li>7 Persönliches Budget</li> </ul>		
<p><b>Fähigkeiten</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>					
<p>Fähigkeiten <input checked="" type="checkbox"/> oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)</p>		<p>Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung</p>			
		Wer bzw. was?		Ggf. prof. Kommentar	
❶ d110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❶ d115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❶ d120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❶ d130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Die 8. Spalte:

### Welche Hilfen für Beeinträchtigungen gibt es im Umfeld des Kindes?

*Ein Beispiel:* Sie und ihr Kind kommen aus einem anderen Land. Es ist schon vorne eingetragen, dass ihr Kind ziemlich große Schwierigkeiten hat, die zusätzliche Sprache hier – Deutsch – zu verstehen und zu sprechen.

Sie haben bei **[d 134]** 3 Punkte gewählt (**••• Da gibt es sehr häufig Schwierigkeiten**). In der Familie sprechen Sie immer ihre Sprache – da ist also keine Umfeldhilfe. Deshalb würden sie hier aus dem Auswahlfeld bei Spalte 8 den Strich **[ - ]** wählen.

Wenn Sie selbst aber Hilfe bekämen, dass Sie selbst besser deutsch sprechen, könnten Sie in der Familie mit ihrem Kind auch deutsch sprechen, damit es in der Kita besser zurecht kommt. Das wäre dann eine Umfeldhilfe, die mit umfangreicher professioneller Hilfe zu aktivieren ist.

Es könnte auch sein, dass der ältere Bruder gut mit der zweiten Sprache hier zurecht kommt. Sie könnten mit ihm vereinbaren, dass er täglich eine Stunde mit seinem kleinen Geschwister spielt und dabei nur Deutsch spricht. Dafür muss er etwas Anderes im Haus nicht machen. Eine Fachkraft erklärt ihm, auf was er beim Sprechen mit seinem kleinen Geschwister achten muss. Ab und zu hört die Fachkraft nach, wie es geht und gibt Tipps. Das wäre dann auch eine Umfeldhilfe. Sie ist mit geringer professioneller Hilfe zu aktivieren.

Sie haben im **Auswahlfeld Umfeldhilfe** *[vorhanden], [mit geringer] oder [mit umfangreicher professioneller Hilfe aktivierbar]* angegeben. Dann füllen Sie noch aus, wer es macht.

Es gibt im Umfeld auch Hilfen, die nicht von der Familie, Freunden oder Nachbarn gemacht werden. Das sind dann Leistungen, die im Umfeld verfügbar sind. Es kann sein, dass ihr Kind schon in einem integrativen Frühförderzentrum behandelt wird. Es bekommt dort Sprachförderung. Diese Umfeldhilfe für **[d 133] Sprache erwerben** ist unter 8. einzutragen, im Auswahlfeld werden dann 3 Punkte (**•••**) gewählt (*Umfeld-Hilfe vorhanden*). Und daneben schreiben sie „Frühförderzentrum“ rein.

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

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 täglich Sekret absaugt (*auf seine Gesundheit achten, d 570*) und das Waschen (*d 510*) übernimmt.

**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):

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

#### 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):

#### 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):

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

**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):

**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):

## 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

#### 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):

#### 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):

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 4 Mobilität**

<input type="checkbox"/>	<b>Feinmotorischer Handgebrauch</b> (d 440)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Hand und Arm gebrauchen</b> (d 445)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Gehen</b> (d 450)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Sich auf andere Weise fortbewegen</b> (d 455)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen</b> (d 460)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen</b> (d 465)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Transportmittel benutzen</b> (d 470)		
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>
<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): <b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren):	<input type="checkbox"/>

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 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):

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 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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (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"/>
		<b>Wer bzw. was?</b> (Bitte notieren): <input type="text"/>

## Die 9. Spalte: Art der Hilfen

Hier sind jetzt nur die Eingliederungshilfen einzutragen. Die Hilfen, die Sie jetzt neu beantragen. Oder die Sie zusätzlich von der Behörde – nicht dem Arzt oder dem Frühförderzentrum – 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 zurecht kommen.

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 Mensch 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.** 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. 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. Wenn das nicht bei Ihnen zu Hause stattfinden soll, oder die Person krank wird, müssen Sie das selbst regeln.

**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 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, wenn eine Praktikantin da ist und es kann dann die Praktikantin bitten.

Sie wählen die [3], das heißt dann: **Fachkräfte machen das vor und nach jeder Freispielzeit.** Sie sollen auch möglichst alles so arrangieren, dass vielleicht 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. Schauen, was anderen Kindern im Kontakt Spaß macht. Sie üben auch, wie gemeinsames Spielen auf dem Boden und im Rollstuhl besser gemacht werden kann.

- 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 Persönliches Budget

Sie wählen die **[6]**, das heißt dann: **Das Kind kommt in Stresssituationen nur mit einem bestimmten Mensch aus.** Niemand sonst kann es aus dem Rollstuhl hinein und herausheben. 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 Kitaalltag zusammenpasst, müssen Sie selbst regeln. Auch was passiert, wenn die Person krank wird.

**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** Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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?

**Sprache erwerben (d 133)**

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-7 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 1-7 wählen):*  
*(ggf. professioneller Kommentar):*

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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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?

#### Probleme lösen (d 175)

**Welche Art der Hilfen** (nach SGB IX) möchten Sie von Fachkräften für Ihr Kind erreichen? *(Bitte aus 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 Persönliches Budget

**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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 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 1-7 wählen):*

*(ggf. professioneller Kommentar):*

**Zur Seite 4 vom ITP-FrüKi:** Diese Seite ist jetzt 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 dorthin geht. Es kann 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 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 auf weiter vorne schon konkrete Ziele und Anzeiger für die Kindertagesbetreuung aufgeschrieben haben, haben die sich durchgeschrieben:

#### Konkrete Ziele und Anzeiger im Bereich Kindertagesbetreuung:

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

Wenn sie hier einsteigen, 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. Oder 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 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 machen 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 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 Freitag mittag 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 jetzt um den Plan, was genau für ihr Kind getan werden soll, um die aufgeschriebenen Ziele zu erreichen. 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?

### **Wir empfehlen Ihnen, diese schwierige Arbeit mit einer/m Unterstützer\*in oder einer Fachkraft zusammen zu machen.**

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.

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** müssen 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 zu Hause Klara unterstützen können. Die Kita hat mit Ihnen und der Fachkraft der Behörde ausgemacht, dass sie 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 Ziele ein, was der Aufwand an Fachleistungsstunden 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 noch parallel in die Frühförderung gehen wird. Dann trägt Sie ein, welche Leistungen nach der Frühförderverordnung Ihr Kind noch erhält.

Die Kita braucht keine gesonderte Leistung. Die Leistung Koordination 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:		Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:
Ziel 5.1:				
Vorgehen:				
Ziel 5.2:				
Vorgehen:				
Ziel 5.3:				
Vorgehen:				

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

Ziele im Bereich Versorgung / häusliches Leben:		Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:
Ziel 5.4:				
Vorgehen:				
Ziel 5.5:				
Vorgehen:				

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

Ziele für soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:		Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:
Ziel 5.6:				
Vorgehen:				
Ziel 5.7:				
Vorgehen:				

**Fachleistung**  
Std. / Summe:

**Leistungen nach Frühförderverordnung / SGB V:**


Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:

**Pflegeleistungen / Zusätzliche Betreuungsleistungen:**


Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:

**14.) Sie haben schon Erfahrungen mit Hilfe für ihr Kind gemacht.** Gibt es Erfahrungen, die wichtig für die Planung jetzt sind? *Beispiel:* Ihr Kind spricht mit fremden Therapeuten nicht. **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 EGH Jugendhilfe

Name  Datum

Anschrift

Mailadresse  Telefon

##### Vertretung

Name

Anschrift

Mailadresse  Telefon

#### 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 MV 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:

Gesetzliche/-r Betreuer\*in:

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

## Lebenssituation

Name Erziehende\*r     Verwandtschaftsstatus     Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Straße     Postleitzahl     Wohnort

E-Mail     Telefon

**Sorgerechtssituation:**     gemeinsam     alleinig     geteilt

**Wirkungs- / Aufgabenkreis:**

vollumfänglich  
 oder Teile der Sorge:

Name der 1. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

vollumfänglich  
 oder Teile der Sorge:

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

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

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

**Beeinträchtigung Kind:**

- körperlich
- geistig
- emotional / seelisch
- sinnlich

Von Behinderung bedroht | **Grad d. Behinderung:**     Merkzeichen:

**Pflegegrad:**

- abgelehnt
- nicht beantragt
- Zurückstellung Schulbesuch

**Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:**

**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):

**Kontaktdaten bisheriger Leistungserbringer:**

**Übertragung von Angaben / Diagnosen (ICD)** aus fachärztlichem Gutachten / Stellungnahme nach Frühförderungsverordnung:  
**Körperfunktionen / Körperstrukturen bzw. Diagnosen:**

**Übertrag aus dem Förder- und Behandlungsplan:**

**ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

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

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

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

**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 Kooperationsspiel
- 

**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**  Ja  Nein

**Wesentliche Teilhabe-Einschränkung festgestellt**  Ja  Nein

Datum:

Unterschrift Bearbeitung:

**1) Entwicklungsfokus  
des Kindes:**

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

**3a) Lebensort des Kindes:**

Aktueller Stand

Veränderungen im  
Planungszeitraum

**3b) Erziehungssituation:**

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

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

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

**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.:**

**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 5.1:

Anzeiger:

Ziel 5.2:

Anzeiger:

Ziel 5.3:

Anzeiger:

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

Ziel 5.4:

Anzeiger:

Ziel 5.5:

Anzeiger:

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

Ziel 5.6:

Anzeiger:

Ziel 5.7:

Anzeiger:

**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

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

**8. Hilfen oder Leistungen 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 Persönliches Budget

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

				Wer bzw. was?			Ggf. prof. Kommentar
① d110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>						
① d115 Zuhören	<input type="checkbox"/>						
① d120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>						
① d130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>						
① d131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen	<input type="checkbox"/>						
① d132 Informationen erwerben	<input type="checkbox"/>						
① d133 Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>						
① d134 Zusätzliche Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>						
① d135 Üben	<input type="checkbox"/>						
① d137 Konzepte aneignen	<input type="checkbox"/>						
① d155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>						
① d160 Aufmerksamkeit fokussieren	<input type="checkbox"/>						
① d161 Aufmerksamkeit lenken	<input type="checkbox"/>						
① d163 Denken	<input type="checkbox"/>						
① d175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/>						
① d177 Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>						
① <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>						
<hr/>							
② d210 Einzelaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>						
② d220 Mehrfachaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>						
② d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>						
② d250 Sein Verhalten steuern	<input type="checkbox"/>						
② <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>						
<hr/>							
③ d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	<input type="checkbox"/>						
③ <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>						
③ d315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen	<input type="checkbox"/>						
③ d330 Sprechen	<input type="checkbox"/>						
③ d331 Präverbale Mitteilungen produzieren	<input type="checkbox"/>						
③ <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>						
③ d350 Konversation	<input type="checkbox"/>						
③ <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>						

**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. Hilfen oder Leistungen 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 Persönliches Budget

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. prof. Kommentar
4	d410 Elementare Körperposition wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d415 In einer Körperposition bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d420 Sich verlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d430 Gegenstände anheben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d440 Feinmotorischer Handgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d445 Hand und Arm gebrauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d450 Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d455 Sich auf andere Weise fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	d470 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	d510 Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d520 Seine Körperteile pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d530 Die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d540 Sich kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d550 Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d560 Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d570 Auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	d571 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	d660 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	d710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d7104 Soziale Zeichen in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d7106 Unterscheidung bekannter Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d730 Mit Fremden umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	d760 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	d810 Informelle Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d815 Vorschulerziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d880 Sich mit Spielen beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d8800 Solitärspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d8801 Beobachtungsspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d8802 Parallelspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	d8803 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	d910 Gemeinschaftsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d920 Erholung und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d930 Religion und Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	d940 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 Anzeiger im Bereich Kindertagesbetreuung:

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

#### Aktivierbare Hilfen im Umfeld:

#### Vorgehen:

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

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

**Persönliche Ziele für das Kind:**

Ziel 5.1:

Vorgehen:

Ziel 5.2:

Vorgehen:

Ziel 5.3:

Vorgehen:

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

Ziel 5.4:

Vorgehen:

Ziel 5.5:

Vorgehen:

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

Ziel 5.6:

Vorgehen:

Ziel 5.7:

Vorgehen:

**Leistungen nach Frühförderverordnung / SGB V:**


**Pflegeleistungen / Zusätzliche Betreuungsleistungen:**


**12) Erbringung:**

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

**13) Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**

Zyklus und Höhe des Aufwands

Erbringung durch:

Wie oft:

Aufwand:










Erbringung durch:

Wie oft:

Aufwand:







Erbringung durch:

Wie oft:

Aufwand:







Fachleistung  
Std. / Summe:

--

Erbringung durch:

Wie oft:

Aufwand:







Erbringung durch:

Wie oft:

Aufwand:




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

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

**16. Leiter\*in des Verfahrens**  EGH  Jugendhilfe

Name Datum

Anschrift Telefon

**Vertretung**

Name

Anschrift

Mailadresse Telefon

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

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.

**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:

Gesetzliche/-r Betreuer\*in:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

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

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Datum / Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens

Name, Vorname des Kindes

Aktenzeichen

## Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

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

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

Datum / Unterschrift Sorgeberechtigte

Datum / Unterschrift Leistungsträger