☐ **Gesamtplan (GTE) nach ICF-CY** **(nur vom FB Soziales anzukreuzen!)**

☐ **1. Integrationsplan**

☐ **___. Fortschreibung Integrationsplan**

Gespräch vom: _____ (Datum) in: _____ (Ort des Gespräches)

Daten des Kindes:

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
voraussichtlicher Schulbeginn:	

Daten der Eltern / Sorgeberechtigten:

Name der Mutter:	
Adresse / Telefon:	
Name des Vaters:	
Adresse / Telefon:	
Personensorgeberechtigt:	

Daten der Kindertagesstätte:

Name:	
Adresse:	
Telefon:	

An diesem Plan beteiligte Personen:

Name	Institution & Adresse	Tel. Nr. & E-Mail

Beginn der Integrationsmaßnahme: _____
(Stichtag der 1. Bewilligung durch das Sozialamt)

Bewilligte Fachkraftstunden: _____

(1) Veränderungen im Lebensumfeld des Kindes / der Familie:

(2a) Welche Maßnahme(n) im Bereich Diagnostik, Therapien und Förderungen wurde(n) (seit dem letzten Gespräch) erbracht?

Institution (z.B. Fachärzte, SPZ, Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, usw.) **Ansprechpartner*in**	**Adresse** Telefon	**von - bis**	**Anmerkungen** (u.a. finden die Maßnahmen innerhalb oder außerhalb der Kita statt?)

(2b) Ggf. Angaben zu Hilfsmitteln und Medikation

Hilfsmittel:	
Medikamente:	

(3) Beobachtungen zur Entwicklung des Kindes

seit dem Gespräch vom: _____

I.	**Gesamteindruck**
II.	**Ressourcen und Stärken/personenbezogene und sozialemotionale Faktoren**
III.	**Sinnesbeeinträchtigungen**
IV	**Angaben zu Aktivitäten und Teilhabe nach ICF-CY:**
1.	**Lernen und Wissensanwendung**
2.	**Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**
3.	**Kommunikation**
4.	**Mobilität**

5.	**Selbstversorgung**
6.	**Häusliches Leben**
7.	**Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**
8.	**Bedeutende Lebensbereiche**
9.	**Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

(4) <u>Nur bei Fortschreibung ausfüllen</u>:
Rückblick der Ziele des letzten Jahres (Zeitraum _____)

Handlungsziel: **Bisheriges Ziel:**	**1**	**2**	**3**
Zielerreichung:			
Ziel übertroffen	☐	☐	☐
Völlig erreicht	☐	☐	☐
Zum Teil erreicht	☐	☐	☐
Keine Änderung	☐	☐	☐
Verschlechterung	☐	☐	☐

<u>Begründungen/Ergänzungen zur Zielerreichung:</u> <u>(bitte unbedingt ausfüllen!)</u>

Weiterhin bestehender Förderbedarf aus sozialmedizinischer Sicht (laut Anlage)

siehe Empfehlung des Gesundheitsamtes vom:	

Welche sozialmedizinischen Empfehlungen des Gesundheitsamtes wurden umgesetzt, welche nicht und warum?

(5) Ziele

Die Ziele sollen messbar sein nach

***SMART**-Kriterien:*

***S**pezifisch,*	*d.h. konkret und unmissverständlich benennen, worum es geht*
***M**essbar,*	*d.h. das Ziel so formulieren, das später objektiv zu erkennen ist, ob das Ziel erreicht wurde oder auch nicht*
***A**ttraktiv,*	*d.h. den Endzustand positiv beschreiben, so dass das Ziel von allen Beteiligten aktzeptiert und gewünscht wird. Hier sollen daher auch aktive Verben verwendet werden, z.B. Herr S. übernimmt seine Körperpflege selbstständig*
***R**ealistisch*	*d.h. Ziele zu formulieren, die durch das eigene Verhalten des Leistungssempfängers aktiv beeinflusst werden können. Ziele sollen gleichzeitig machbar und herauffordernd sein (Balanceakt)*
***T**erminiert*	*d.h. festlegen, in welchem Zeitraum das Ziel oder Teile davon erreicht werden sollen bzw. wann eine „Zielkontrolle" stattfindet (nächstes GTE-Gespräch)*

Leitziel
(ohne Codierung; bitte nur ein Leitziel ankreuzen oder ein eigenes formulieren):

☐ **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

☐ **Teilhabe am Kindergartenalltag**

☐ _____

Welche Handlungsschritte zur Erreichung welcher Handlungsziele sind durch die Beteiligten (u.a. Kita) für die Zukunft geplant:

(Bitte Codierung nach der Klassifikation mit eintragen!)

1. Handlungsziel mit Codierung: _____
Handlungsschritte:

2. Handlungsziel mit Codierung:

_____

Handlungsschritte:

3. Handlungsziel mit Codierung:

_____

Handlungsschritte:

(6) Empfehlungen an die Eltern / Sorgeberechtigten:

(7) Ergänzungen, Bemerkungen und besondere Verabredungen:

(8) Fortschreibung dieses Plans soll erfolgen im Monat / Jahr:

Unterschriften:

Mit der Weitergabe dieses Plans an unten aufgeführte Stellen bin ich/sind wir einverstanden.

_____
Eltern / Sorgeberechtigte

_____
Eltern / Sorgeberechtigte

_____
Kindertageseinrichtung

_____ _____
(Ort) (Datum)

Plan erstellt und weitergeleitet von:

_____ _____
Name Unterschrift/ggf. Stempel der Einrichtung

Verteiler:	Alle am Integrationsplan Teilnehmenden und die jeweils beteiligte Beratungsstelle für Frühförderung
Zur Kenntnis:	2 Ausfertigungen an den Fachbereich Soziales des Landkreises Kassel (davon wird eine Ausfertigung an das Gesundheitsamt Region Kassel weitergeleitet) 1 Ausfertigung an den Kinderarzt/die Kinderärztin