

Stadt Brandenburg an der Havel, Klosterstr. 14, 14770 Brandenburg an der Havel

vertreten durch

Frau

Herr

14770 Brandenburg an der Havel

STADT BRANDENBURG AN DER HAVEL
DER OBERBÜRGERMEISTER

AUSKUNFT ERTEILT
Fachbereich IV – Jugend, Soziales und
Gesundheit
Fachgruppe 50 – Soziales und Wohnen

Wiener Straße 1
14772 Brandenburg an der Havel

Tel.: (03381) 58 49
Fax: (03381) 58 49 04
E-Mail: egh-sozialamt@
stadt-brandenburg.de

BEWILLIGUNGSBESCHEID

von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem
Sozialgesetzbuch - Achtes Buch - Kinder- und Jugendhilfe
(SGB VIII)

DATUM
30.03.2020

UNSER ZEICHEN
SVBRB-IV/50.2-

IHR ZEICHEN/SCHREIBEN VOM

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

1. ich bewillige Ihren Antrag vom 12.03.2020 auf soziale Teilhabe in Form einer heilpädagogischen Leistung für geboren am und übernehme die Kosten entsprechend der für den Eingliederungshilfeträger maßgeblichen Vergütungssätze. Die Leistung wird für den Zeitraum

vom 20.04.2020 bis zum 31.07.2020

auf täglich 180 Minuten (an fünf Tagen in der Woche) heilpädagogische Einzel- und Kleinstgruppenförderung in der Kindertagesstätte festgelegt.

2. Des Weiteren übernehme ich für den Zeitraum

vom 02.04.2020 bis zum 31.07.2020

wöchentlich eine Fördereinheit Heilpädagogik

mit intensiver Elternanleitung im häuslichen Bereich oder in der Praxis durch die Frühförderstelle

SPRECHZEITEN

Dienstag 09:00 – 12:00 Uhr
13:00 – 18:00 Uhr
Donnerstag 07:30 – 12:00 Uhr
13:00 – 15:00 Uhr

BANKVERBINDUNGEN

Mittelbrandenburgische Sparkasse
IBAN: DE55 1605 0000 3611 6600 26
BIC: WELADED1PMB

Brandenburger Bank
IBAN: DE81 1606 2073 0000 5055 60
BIC: GENODEF1BRB

Postbank Berlin
IBAN: DE65 1001 0010 0651 8191 09
BIC: PBNKDEFF100

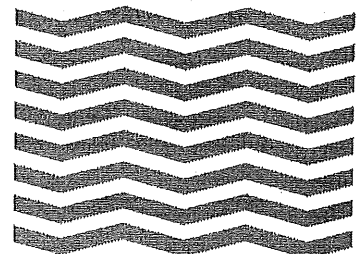
Steuernummer: 048/144/00560
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 13 ZZZ 00000018553

DATENSCHUTZ

Hinweise zur Datenverarbeitung und
zum elektronischen Schriftverkehr:
www.stadt-brandenburg.de/datenschutz

Nebenbestimmungen

3. Die Gewährung der Förderung erfolgt unter Auflage, dass Sie mir innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung dieses Bescheides den Termin zur Vorstellung in einer Integrationskindertagesstätte der Stadt Brandenburg an der Havel mitteilen.
4. Die Gewährung der Förderung erfolgt unter Auflage, dass Sie



mir innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung dieses Bescheides den Termin zur Vorstellung beim Sozialpädiatrisches Zentrum mitteilen.

5. Die Bewilligung erfolgt unter der Auflage, dass mir folgende Unterlagen bis zum 30.04.2020 eingereicht werden:
- Bescheid über die Feststellung einer Behinderung,
 - Schwerbehindertenausweis
 - Bescheid über den Pflegegrad mit
 - MDK-Gutachten.

Begründung

Zu 1. und 2.) Ich habe festgestellt, dass die seelische Gesundheit [REDACTED] mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für [REDACTED] Lebensalter typischen Zustand abweicht. Durch diese Abweichung ist die Teilhabe von [REDACTED] am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt.

Im Rahmen der Hilfeplanung habe ich die mir vorliegende ärztliche Stellungnahme sowie den interdisziplinären Förder- und Behandlungsplan des Frühförder- und Beratungszentrums ausgewertet. Des Weiteren habe ich den Entwicklungsbericht der Kindertagesstätte berücksichtigt.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass [REDACTED] eine heilpädagogische Förderung im o.g. Umfang benötigt. Ziele dieser Förderung sind:

- a) lebenspraktische Fähigkeiten
 - o Sauberkeitserziehung
 - o Selbstständigkeit
- b) Ausbau kommunikativer Fähigkeiten
 - o Nachahmung
 - o aktiver und passiver Wortschatz
 - o Aufgabenverständnis
 - o Lautsprache entwickeln
- c) Steigerung der Lern- und Leistungsbereitschaft
 - o Konzentration und Ausdauer
- d) Stärkung sozial-emotionaler Fähigkeiten und Spielverhalten
 - o angemessener Kontaktaufnahme
 - o Anbahnung eines Symbolspielverhalten
- e) Ausbau der feinmotorischen und graphomotorischen Fertigkeiten
 - o Stifthaltung
- f) altersgerechte Einschulung am 26.08.2023

Auf Grund der Vollendung des 3. Lebensjahres, dem Ergebnis der Diagnostik im Sozialpädiatrischen Zentrum, des Gutachtens des Medizinischen Dienstes und dem bevorstehenden Kindergartenwechsel ist die Maßnahme der Eingliederungshilfe zu befristen.

Zu 3.) Am ~~XX~~ XX 2020 vollendet [REDACTED] ihr 3. Lebensjahr. Dies bewirkt den Wechsel von der Krippe in den Bereich des Kindergartens, der einen reduzierten Betreuungsschlüssel beinhaltet. Die Betreuung im Bereich des Kindergartens kann die Kindertagesstätte [REDACTED] für [REDACTED] unter den gegebenen Voraussetzungen nicht sicherstellen. Die Integrationskindertagesstätten haben einen erhöhten Betreuungsschlüssel, den die Betreuung von [REDACTED] erfordert. Daher ist zum 01.08.2020 ein Wechsel erforderlich. Hierzu ist rechtzeitig ein entsprechender Kindergarten-Platz für [REDACTED] zu finden.

Bitte informieren Sie mich innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung dieses Bescheids über das Ergebnis Ihrer Kontaktaufnahme.

Zu 4.) Ich halte es aufgrund eines Verdachts sonstiger Störungen sozialer Funktionen mit

Beginn der Kindheit für zwingend erforderlich, dass Sie Ihr Kind bei einem Sozialpädiatrischen Zentrum vorstellen.

Um diesen Verdacht zu entkräften oder zügig entsprechende unterstützende Leistungen für Ihr Kind zu erhalten, bitte ich Sie, zur ausführlichen Entwicklungsdiagnostik einen Termin im Sozialpädiatrischen Zentrum zu vereinbaren.

Bitte informieren Sie mich innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung dieses Bescheids über das Ergebnis Ihrer Kontaktaufnahme.

Die Abklärung des Verdachts ist verpflichtend. Sollten Sie dieser Auflage nicht nachkommen, kann ich nicht ausschließen, dass die mit diesem Bescheid bewilligte Leistung nicht bedarfsgerecht ist. Ich bitte Sie daher, im Interesse der Entwicklung Ihres Kindes, um Unterstützung bei der Klärung der bedarfsgerechten Leistung.

Zu 5.) Um für [REDACTED] ggf. zügig entsprechende unterstützende Leistungen zu erhalten, bitte ich Sie, mir bis zum 30.04.2020 den Bescheid über die Feststellung einer Behinderung, den Schwerbehindertenausweis und den Bescheid über den Pflegegrad mit MDK-Gutachten zu übersenden.

Hinweise/ Belehrungen

Die Kosten für die heilpädagogische Einzel- und Kleinstgruppenförderung werden für den folgenden Leistungserbringer übernommen:

Name der Einrichtung/des Dienstes	[REDACTED] Kindertagesstätte „ [REDACTED] “
Anschrift	[REDACTED] 1477 Brandenburg an der Havel
Ansprechpartner/in	[REDACTED]
Tel. - Nr.	03381 [REDACTED]

Die Kosten für die wöchentliche Fördereinheit Heilpädagogik werden für den folgenden Leistungserbringer übernommen:

Name der Einrichtung/des Dienstes	[REDACTED]
Anschrift	[REDACTED] 1477 Brandenburg an der Havel
Ansprechpartner/in	[REDACTED]
Tel. - Nr.	03381 [REDACTED]

Gemäß §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) sind Sie verpflichtet mir jede Änderung, die im Zusammenhang mit der Leistung der Eingliederungshilfe steht, mitzuteilen (z. B. Umzug, Schulrückstellung, weitere Leistungen anderer Rehabilitationsträger, vor allem aber Leistungen der Krankenkasse aber auch der Pflegekasse). Gleichzeitig sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Sie müssen demnach die Leistungserbringer informieren, wenn die Förderung nicht durchgeführt werden kann (z. B. bei Krankheit oder Urlaub Ihres Kindes). Unterbrechungen sowie der Abbruch der Leistung sind mir mitzuteilen und zu begründen.

Eine Heranziehung zu den Kosten behalte ich mir für den Fall vor, dass Unterbrechungen oder der Abbruch der Maßnahme durch Sie zu verantworten ist.

Ziel der Eingliederungshilfe ist es eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die persönliche Entwicklung Ihres Kindes ganzheitlich zu fördern. Dies ist nur möglich, wenn Sie eine regelmäßige Teilnahme und Anwesenheit Ihres Kindes sicherstellen und sich an einer intensiven Zusammenarbeit mit der Kindertagesstätte

██████████ und der Frühförderstelle ██████████ beteiligen. Bitte nehmen Sie unbedingt die Möglichkeit der Elternanleitung wahr.

Sofern Sie Rückfragen haben, stehe ich Ihnen gerne unter den o. g. Kontaktdaten zur Verfügung.

Angewandte Vorschriften

§ 35a SGB VIII

§ 36 SGB VIII

§ 99 SGB IX, § 113 i.V.m. § 79 SGB IX

§§ 60 ff. SGB I

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid vom 30.03.2020 (Az: ██████████) kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei dem Oberbürgermeister der Stadt Brandenburg an der Havel in Brandenburg an der Havel einzulegen.

Die Schriftform kann durch die elektronische Form ersetzt werden. In diesem Fall ist das elektronische Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur im Sinne des Signaturgesetzes zu versehen und an die elektronische Poststelle egh-sozialamt@stadt-brandenburg.de zu schicken. Bei der Verwendung der elektronischen Form sind besondere technische Rahmenbedingungen zu beachten, die im Impressum der Stadt Brandenburg an der Havel auf www.stadt-brandenburg.de aufgeführt sind.

Sollte die Frist durch Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden, so wäre dieses Verschulden Ihnen zuzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

██████████

Sachbearbeiterin Eingliederungshilfe

Informationen in Leichter Sprache

Hallo Frau/Hallo Herr Mustermann!

Mit dieser Post bekommen Sie 2 Texte:

- Einen Bewilligungs-bescheid von Leistungen der Eingliederungs-hilfe
- Und einen Text in Leichter Sprache.

Ein Bewilligungs-bescheid ist ein wichtiges Dokument.

Aber für viele Menschen ist ein Bewilligungs-bescheid **nicht** leicht zu verstehen.

Deshalb haben wir einen Text in Leichter Sprache geschrieben.

Der Text in leichter Sprache kann beim Verstehen helfen.

Sie lesen gerade den Text in Leichter Sprache.

Achtung!

Der Text in Leichter Sprache ist nur eine zusätzliche Information.

Der Text in Leichter Sprache ersetzt den Bewilligungs-bescheid **nicht**.

Und der Text in Leichter Sprache ist **nicht** rechts-wirksam.

Das bedeutet:

Vor Gericht gilt der Text in Leichter Sprache **nicht**.

Vor Gericht gilt nur der Bewilligungs-bescheid.

In diesem Text in Leichter Sprache finden Sie diese Informationen:

1. Was ist Eingliederungs-hilfe? - Seite X
2. Welche Eingliederungs-hilfe bekommt Ihr Kind? - Seite X
3. Was sind die Ziele von der Eingliederungs-hilfe? - Seite X
4. Von wem bekommt Ihr Kind die Eingliederungs-hilfe? - Seite X
- 5. Wichtig! Welche Unterlagen brauchen wir von Ihnen? - Seite X**
- 6. Wichtig! Was müssen Sie jetzt tun? - Seite X**
7. Sie sind **nicht** einverstanden mit Ihrem Bewilligungs-bescheid?
Was können Sie tun? - Seite X
8. Sie haben Fragen?
Wo bekommen Sie Hilfe? - Seite X

1. Was ist Eingliederungs-hilfe?

Die Eingliederungs-hilfe ist eine besondere Form von Hilfe.

Menschen mit Behinderung haben sehr viele Nachteile im Alltag.

Deshalb ist das Leben für diese Menschen oft **nicht** einfach.

Viele Menschen mit Behinderung haben zum Beispiel Nachteile:

- In der Schule.
- Am Arbeits-platz.
- Beim Wohnen.
- Oder auch in der Freizeit.

Die Eingliederungs-hilfe soll diese Nachteile ausgleichen.

Leistungen von Eingliederungs-hilfe sind zum Beispiel:

- Begleitung im Alltag.
- Besondere Förderung.
- Hilfe bei der Kommunikation.
- Besondere Hilfsmittel für den Alltag.
- Und vieles mehr.

2. Welche Eingliederungs-hilfe bekommt Ihr Kind?

Sie haben Eingliederungs-hilfe für Ihr Kind beantragt.

Die Stadt Brandenburg an der Havel hat entschieden:

Ihr Kind bekommt **heil-pädagogische Leistungen**.

Eine heil-pädagogische Leistungen ist eine Art von Eingliederungs-hilfe.

Die heil-pädagogische Leistung ist eine besondere Förderung.

Die heil-pädagogische Leistung ist für Kinder mit einer verzögerten Entwicklung.

Verzögerte Entwicklung bedeutet:

Die Kinder entwickeln sich langsamer als die meisten anderen Kinder.

Heil-pädagogische Leistungen sind für kleine Kinder.

Die Kinder gehen noch **nicht** in die Schule.

Die heil·pädagogische Leistung bereitet das Kind gut auf die Schule vor.

Die heil·pädagogische Leistung hängt immer vom Kind ab. Deshalb kann die heil·pädagogische Leistung bei jedem Kind anders sein.

Ihr Kind bekommt die heil·pädagogische Leistung in diesem Zeitraum:

Vom XX.XX.XXXX bis zum XX.XX.XXXX.

In dieser Zeit bekommt Ihr Kind täglich 3 Stunden eine besondere Förderung.

Ihr Kind bekommt diese Förderung an 5 Tagen in der Woche.

Diese Förderung findet in der Kita XY statt.

Kita ist die Abkürzung für: Kinder·tages·stätte.

Und Ihr Kind bekommt 1 Mal in der Woche noch eine andere Förderung.

Diese andere Förderung kann bei Ihnen zu Hause stattfinden.

Oder bei der Frühförder·stelle XY.

Zusätzlich bekommen Sie eine Eltern·anleitung.

In der Eltern·anleitung zeigt Ihnen ein Mitarbeiter von der Frühförder·stelle:

So können Sie Ihr Kind zu Hause fördern.

Sie bekommen die Eltern·anleitung in diesem Zeitraum:

Vom XX.XX.XXXX bis zum XX.XX.XXXX.

Die Eltern·anleitung findet 1 Mal in der Woche statt.

3. Was sind die Ziele von der Eingliederungs·hilfe?

Ihr Kind bekommt heil·pädagogische Leistungen.

Die heil·pädagogischen Leistungen haben bestimmte Ziele.

Das große Ziel ist:

Ihr Kind soll ab dem XX.XX.XXXX zur Schule gehen können.

Und Ihr Kind soll gut auf die Schule vorbereitet sein.

Für dieses große Ziel gibt es viele kleine Ziele.

Die kleinen Ziele sind:

1. Lebens-praktische Fähigkeiten.

Das bedeutet:

Ihr Kind soll lernen die Toilette zu benutzen.

Ihr Kind soll **nicht** mehr in die Windel machen.

Ihr Kind soll lernen Dinge selbstständig zu machen.

2. Kommunikative Fähigkeiten.

Das bedeutet:

Ihr Kind soll Dinge nachmachen.

Ihr Kind soll neue Wörter lernen.

Ihr Kind soll anfangen zu sprechen.

Ihr Kind soll bestimmte Aufgaben verstehen.

3. Steigerung der Lern- und Leistungsbereitschaft

Das bedeutet:

Ihr Kind soll lernen sich zu konzentrieren.

Und Ihr Kind soll sich über einen längeren Zeitraum konzentrieren können.

4. Stärkung sozial-emotionaler Fähigkeiten und Spielverhalten

Das bedeutet:

Ihr Kind soll Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen können.

Und Ihr Kind soll das Spiel-verhalten weiter-entwickeln.

5. Ausbau der fein-motorischen und grapho-motorischen Fertigkeiten.

Das bedeutet:

Ihr Kind soll einen Stift richtig halten können.

6. Verbesserung der Kognition.

Das bedeutet:

Ihr Kind soll Dinge besser verstehen.

4. Von wem bekommt Ihr Kind die Eingliederungs-hilfe?

Von dieser Kita bekommt Ihr Kind die besondere Förderung:

Name: xxxxxxxx

Adresse: xxxxxxxx

Ansprech-partner: xxxxxxxx

Telefon: xxxxxxxx

Und von dieser Frühförder-stelle bekommt Ihr Kind die andere Förderung:

Name: xxxxxxxx

Adresse: xxxxxxxx

Ansprech-partner: xxxxxxxx

Telefon: xxxxxxxx

Von derselben Frühförder-stelle bekommen Sie die Eltern-anleitung.

5. Wichtig: Welche Unterlagen brauchen wir von Ihnen?

Bis zum XX.XX.XXXX brauchen wir diese Unterlagen von Ihnen:

- **Den Bescheid über die Fest-stellung einer Behinderung.**

Den Bescheid bekommen Sie beim

Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg.

Adresse:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

- **Den Schwerbehinderten-ausweis von Ihrem Kind.**

Den Schwerbehinderten-ausweis bekommen Sie auch beim

Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg.

- **Den Bescheid über den Pflege-grad von Ihrem Kind.**

Den Bescheid bekommen Sie bei Ihrer Pflege-kasse.

Adresse:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

- **Das MDK-Gutachten.**

MDK ist die Abkürzung für:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung.

Das Gutachten bekommen Sie auch bei Ihrer Pflege-kasse.

6. Wichtig: Was müssen Sie jetzt tun?

Bitte erledigen Sie möglichst schnell diese Dinge:

- **Machen Sie einen Termin beim SPZ.**

SPZ ist die Abkürzung für: Sozial-pädiatrischen Zentrum.

Vielleicht braucht Ihr Kind dringend noch weitere Förderung.

Oder eine Therapie.

Deshalb sollen Fachleute Ihr Kind genau untersuchen.

Das ist sehr wichtig!

In einem SPZ können Sie Ihr Kind untersuchen lassen. Sie haben zwei Wochen Zeit für den Termin.

Sie haben einen Termin gemacht?

Oder Sie haben **keinen** Termin bekommen?

Dann sagen Sie uns bitte:

- Wann haben Sie den Termin?
- Bei welchem SPZ haben Sie den Termin?
- Oder warum haben Sie **keinen** Termin bekommen?

Sie können zum Beispiel Termine bei diesen SPZ machen:

Name: XY

Telefon: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

Name: AB

Telefon: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

- **Machen Sie auch einen Termin bei einem Facharzt für Kinder-psychiatrie und –psycho-therapie.**

Vielleicht braucht Ihr Kind dringend noch weitere Förderung.

Oder eine Therapie.

Der Facharzt soll Ihr Kind genau untersuchen.

Das ist sehr wichtig!

Sie haben zwei Wochen Zeit für den Termin.

Sie haben einen Termin gemacht?

Oder Sie haben **keinen** Termin bekommen?

Dann sagen Sie uns bitte:

- Wann haben Sie den Termin?
- Bei welchem Facharzt haben Sie den Termin?
- Oder warum haben Sie **keinen** Termin bekommen?

Sie können zum Beispiel Termine bei diesen Ärzten machen:

Name: XY

Telefon: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

Name: AB

Telefon: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

Name: YZ

Telefon: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

7. Sie sind nicht einverstanden mit dem Bewilligungs-bescheid? Was können Sie dann tun?

Sie können dem Bewilligungs-bescheid widersprechen.

Dafür haben Sie nur 1 Monat Zeit.

Sie können den Widerspruch bei Ihrer Ansprech-person von der Eingliederungs-hilfe einlegen.

Ihre Ansprech·person ist:

Name: XY

Adresse: xxxxxxxx

Telefon: xxxxxxxx

Fax: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

Oder Sie können beim Ober·bürgermeister von der Stadt Brandenburg an der Havel Widerspruch einlegen.

Dann müssen Sie dem Ober·bürgermeister einen Brief schreiben.

Schreiben Sie einen kurzen Text.

Diese Informationen müssen Sie in dem Text angeben:

- **Um was geht es?**

Schreiben Sie zum Beispiel:

Ich lege Widerspruch gegen den Bewilligungs·bescheid von Leistungen der Eingliederungs·hilfe ein.

- **Um welchen Bescheid geht es?**

Geben Sie bitte das Datum von dem Bescheid an.

Und geben Sie bitte das Zeichen von dem Bescheid an.

Das Zeichen ist eine Reihe von Zahlen und Buchstaben.

Sie finden das Zeichen oben rechts auf dem Bescheid bei:

Unser Zeichen.

- **Um wen geht es?**

Geben Sie bitte auch den Namen von Ihrem Kind an.

- **Warum widersprechen Sie dem Bescheid?**

Bitte geben Sie an:

Womit sind Sie **nicht** einverstanden?

Und warum sind Sie **nicht** einverstanden?

- **Wann haben Sie Widerspruch erhoben?**

Geben Sie bitte das Datum an.

- **Wer erhebt den Widerspruch?**

Geben Sie bitte Ihren Namen an.

Und unterschreiben Sie den Brief.

Schicken Sie den Brief an:

Name: XY

Adresse: xxxxxxxx

Fax: xxxxxxxx

8. Sie haben Fragen?

Wo bekommen Sie Hilfe?

Sie haben noch Fragen zu Ihrem Bewilligungs-bescheid?

Oder zu diesem Text in Leichter Sprache?

Dann melden Sie sich bei Ihrer Ansprech-person:

Name: XY

Adresse: xxxxxxxx

Telefon: xxxxxxxx

Fax: xxxxxxxx

E-Mail: xxxxxxxx

XY hilft Ihnen weiter.

Und XY berät Sie.

Viele Grüße

Ihre Stadt Brandenburg an der Havel