Az.:

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes:       | Geburtsdatum:      |
| Beabsichtigte Therapiedauer (insgesamt):      | Förderzeitraum für Nahziele:      |
| Ist-Zustand | daraus folgende Ziele (das Wesentliche):Fernziele | Nahziele (erreichbar im beantragten Förderzeitraum) |
| (Kompetenzen, Besonderheiten)      | 1.     2.     3.      |       |
| Maßnahmen und Methoden zur Zielerreichung |
| Situationen | Materialauswahl | Räumliche Bedingungen | Handelnde Personen | Verabredungen mit Eltern und anderen Personen, Kooperation mit anderen Hilfesystemen |
| (Förder- oder Alltagssituationen? Wann? Wie oft?)      | (Welches? Alltagsgegenstände?)      | (Welche Umgebung unterstützt das Förderziel? Wie kann sie gestaltet werden?)      | (Wer mit wem? Zu förderndes Kind allein? Kleingruppe? Therapeutin? Erzieherin?)      |       |

|  |
| --- |
| **Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de. Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs.1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter [*www.bezirk-niederbayern.de*](http://www.bezirk-niederbayern.de) abrufen. Alternativ erhaltenSie diese Informationen auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ursulinengässchen 537a, 84028 Landshut, Telefon: 0871/97512-575, E-Mail: datenschutz@bezirk-niederbayern.de erreichen können. |

Datum/Unterschrift der Facherzieherin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift der Therapeutin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_