

Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

Deckblatt

F 1

Name, Vorname	,	Geburtsdatum	Az.
Antragseingang / Bedarfsbekanntgabe (§ 18 SGB XII; ab 01.01.2020 § 108 Abs. 2 SGB IX):			
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um einen Antrag im Wege der Weiterleitung nach § 14 SGB IX; Antragseingang:			
Inhalte zuletzt aktualisiert am:	durch:	Änderungen / Ergänzungen:	
Inhalte zuletzt aktualisiert am:	durch:	Änderungen / Ergänzungen:	
Inhalte zuletzt aktualisiert am:	durch:	Änderungen / Ergänzungen:	

Der Teilhabe- und /oder Gesamtplan umfasst:

F 1 Deckblatt

F 2 B.E.Ni (Bögen A bis D)

F 3 Feststellung der Leistungen

Teilhabezielvereinbarung

Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in Fällen des § 15 Abs. 3 Satz 1 SGB IX

Weitere Unterlagen:

Sonstiges / Bemerkungen

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▾

1. Personenbezogene Daten				Az	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname		Geschlecht:		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter	
Geburtsdatum		Geburtsort			
Familienstand Bitte auswählen		Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus	
Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS):					
Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort:					
Telefonnummer		Fax	Mobil		E-Mail
2. Vorgeschichte und aktuelle Situation					<input type="checkbox"/>
2.1. Eltern					
Elternteil 1		<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am		Elternteil 2	
				<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	
Name, Vorname		Name, Vorname			
Anschrift		Anschrift			
Tel., Fax, E-Mail		Tel., Fax, E-Mail			
Die Eltern sind Bitte auswählen					
2.2. Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder					
Anzahl: Geb.daten: , davon im eigenen Haushalt lebend:					
2.3. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute					<input type="checkbox"/>
Jahr		Lebensverlauf / Wohnsituation			
Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____					
2.4. Schulische Laufbahn / berufliche Situation				<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>
erreichter Schulabschluss					
weitere Bildungsabschlüsse					
erlernter Beruf					
zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen					
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen					
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse					
Sonstiges					
2.5. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute					<input type="checkbox"/>
Jahr		Arbeitsverhältnis / Tätigkeit			

Änderung bei Fortschreibung ▼

2.6. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel)Alters-/ EM-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen <input type="checkbox"/> Krankengeld/Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €

3. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt. <input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Ein Neufstellungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom durch , GdB <input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis , GdB <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom durch	
Merkzeichen: <input type="checkbox"/> H (Hilfslosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> 1 KI (1. Klasse) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)	

4. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5, Beginn der Anerkennung:	
Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)	

5. Umweltfaktoren <input type="checkbox"/>	
5.1 Rechtliche Vertretung <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Keine rechtliche Vertretung <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) oder Beistand i.S. § 20 (3) SGB IX i.V.m. 13 SGB X <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung Wirkungskreise <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenspflege	

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für befristet bis <input type="checkbox"/> ist / wird beantragt			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail

5.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom Befristet bis Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:	

5.3 Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>
Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> § 264 SGB V	

5.4 Verfügbare Ressourcen		<input type="checkbox"/>												
Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel														
<ul style="list-style-type: none"> • • • 														
Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger		<input type="checkbox"/>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 70%;"> Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sozialraum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sozialberatung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Schuldnerberatung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)</td> </tr> </table>				Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer	<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	<input type="checkbox"/>	Sozialraum	<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)
	Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer													
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)													
<input type="checkbox"/>	Sozialraum													
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung													
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung													
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)													

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)		<input type="checkbox"/>

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------	--------------------------

5.5 Bezugspersonen, Person des Vertrauens <input type="checkbox"/>			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
Art der Beziehung			

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s) , Datum
--

Änderung bei Fortschreibung ▼

1. Personenbezogene Daten		Az. <input type="checkbox"/>	
Name, Vorname ,		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Familienstand Bitte auswählen	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus	
Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS):			
Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort:			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
2. Vorgeschichte und aktuelle Situation		<input type="checkbox"/>	
2.1. Eltern			
Elternteil 1 <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am		Elternteil 2 <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Tel., Fax, E-Mail		Tel., Fax, E-Mail	
Die Eltern sind Bitte auswählen			
2.2. Geschwister: <input type="checkbox"/> keine Geschwister Anzahl: , Geb.daten:		Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder Anzahl: Geb.daten: , davon im eigenen Haushalt lebend:	
2.3. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute <input type="checkbox"/>			
Jahr	Lebensverlauf / Wohnsituation		
Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
2.4. Vorschulische / Schulische Situation		<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/>	
Krippe	Name, Anschrift	von	bis
Kindergarten	Name, Anschrift	von	bis
Hort	Name, Anschrift	von	bis
Schule	Name, Anschrift	von	bis
Ausbildung	Name, Anschrift	von	bis
Sonstiges	Name, Anschrift	von	bis

Änderung bei Fortschreibung ▼

2.5 Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) ☒	
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Kindesunterhalt <input type="checkbox"/> BAföG / BAB <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> existenzsichernde Leistungen <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/ Waisen-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Vermögen (z.B. Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €

3. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis
<input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt. <input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Ein Neufstellungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom durch , GdB <input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis , GdB <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom durch
Merkzeichen: <input type="checkbox"/> H (Hilfslosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> Gl (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)

4. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) ☐
<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 , Beginn der Anerkennung:
Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)

5. Umweltfaktoren				
5.1 Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft ☐				
Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge <input type="checkbox"/> Kindesmutter ggf. Art der Sorgerechtsübertragung <input type="checkbox"/> Kindesvater <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vermögenspflegschaft <input type="checkbox"/> Vormundschaft / Pflegschaft <input type="checkbox"/> Art der Pflegschaft: Beschluss vom , Az.: (bitte Nachweis beifügen)				
Name, Vorname				
Anschrift				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Telefonnummer</td> <td style="width: 25%;">Fax</td> <td style="width: 25%;">Mobil</td> <td style="width: 25%;">E-Mail</td> </tr> </table>	Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail	

Änderung bei Fortschreibung ▼

5.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom Befristet bis Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:

5.3 Krankenversicherung <input type="checkbox"/>
Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> § 264 SGB V

5.4 Verfügbare Ressourcen <input type="checkbox"/>
Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel <input type="checkbox"/> • •

5.5 Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger <input type="checkbox"/>		
Bisherige Unterstützung	Inanspruchnahme	
	- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen - Leistungsumfang und –dauer	
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unterstützung / Förderung schulischer Bereich		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychologische Unterstützung		<input type="checkbox"/>
Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger		
<input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialraum		<input type="checkbox"/>

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Sozialberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		<input type="checkbox"/>

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen		<input type="checkbox"/>

8.4 Bezugspersonen, Person des Vertrauens				<input type="checkbox"/>
Name, Vorname				
Anschrift				
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail	
Art der Beziehung				

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)
 , Datum

Name, Vorname _____	Geburtsdatum: _____	Az. _____
<input type="checkbox"/> Erste Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Fortschreibung erfasst am: Datum _____ von _____		

Teil I - Beeinträchtigungen

1. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)

Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	am

2. Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor?	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	am

Aktuelle Medikation:

3. Mögliche Verursachung durch Dritte ja nein

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück?

ja **Inanspruchnahme**
 Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)

Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)

OEG BVG/HHG IFSG StrafRehaG/VerwRehaG

Bezeichnung der Schädigungsfolgen:

Grad der Schädigung:

Datum aktueller Bescheid:

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)

_____, Datum

Teil II - Aktivität und Teilhabe	
<p>Hier werden die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe des Menschen mit Behinderung und die damit verbundenen umwelt- oder personenbezogenen Förderfaktoren und Barrieren berücksichtigt.</p> <p>Die Beschreibung erfolgt differenziert in den nachfolgenden 9 Lebensbereichen, gegliedert z.B. anhand der Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Was wünschen Sie sich? Was soll so bleiben wie bisher? Was soll sich verändern? B) Was gelingt Ihnen gut oder ohne große Probleme? Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht? Was könnte Ihnen gelingen? C) Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen? Wer oder was hindert Sie daran? Wer oder was könnte Sie unterstützen? D) Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen? <p>In welcher <u>Wechselbeziehung</u> stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?</p> <p>Abweichende Sichtweisen der Beteiligten zur aktuellen Situation sind zu dokumentieren, sofern kein Konsens erzielt werden konnte</p>	<p>Ausmaß der Aktivität und / oder Teilhabebeeinschränkung</p> <p>Das Problem ist</p> <p>0 - nicht vorhanden 1 - leicht ausgeprägt 2 - mäßig ausgeprägt 3 - erheblich ausgeprägt 4 - voll ausgeprägt 8 - nicht spezifiziert 9 - nicht anwendbar</p>

1 LERNEN UND WISSENSANWENDUNG	0	1	2	3	4	8	9
Dieser Bereich befasst sich mit Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen (ICF: d110-d199).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 1	Item aus LB 1						
Item aus LB 1	Item aus LB 1						
Item aus LB 1	Item aus LB 1						
<ul style="list-style-type: none"> A) <u>Wunsch/Veränderung</u> B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u> C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u> D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u> <p><u>Wechselbeziehungen</u></p> <p><u>Abweichende Sichtweisen</u></p>							

2 ALLGEMEINE AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN	0	1	2	3	4	8	9
Dieser Bereich befasst sich ausschließlich mit allgemeinen Aspekten der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, der Organisation von Routinen und dem Umgang mit Stress (d210-d299).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 2	Item aus LB 2						
Item aus LB 2	Item aus LB 2						
Item aus LB 2	Item aus LB 2						
<ul style="list-style-type: none"> A) <u>Wunsch/Veränderung</u> B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u> C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u> D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u> 							

5 SELBSTVERSORGUNG	0	1	2	3	4	8	9
Dieser Bereich befasst sich mit dem Waschen, Abtrocknen und der Pflege des eigenen Körpers, dem An- und Ablegen von Kleidung, dem Essen und Trinken und der Sorge um die eigene Gesundheit (d510-d599).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 5				Item aus LB 5			
Item aus LB 5				Item aus LB 5			
Item aus LB 5				Item aus LB 5			
<p>A) <u>Wunsch/Veränderung</u></p> <p>B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u></p> <p>C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u></p> <p>D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u></p> <p><u>Wechselbeziehungen</u></p> <p><u>Abweichende Sichtweisen</u></p>							

6 HÄUSLICHES LEBEN	0	1	2	3	4	8	9
Dieser Bereich umfasst die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere (d610-d699).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 6				Item aus LB 6			
Item aus LB 6				Item aus LB 6			
Item aus LB 6				Item aus LB 6			
<p>A) <u>Wunsch/Veränderung</u></p> <p>B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u></p> <p>C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u></p> <p>D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u></p> <p><u>Wechselbeziehungen</u></p> <p><u>Abweichende Sichtweisen</u></p>							

7 INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN	0	1	2	3	4	8	9
Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind (d710-d799).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 7				Item aus LB 7			
Item aus LB 7				Item aus LB 7			

Item aus LB 7	Item aus LB 7
<p>A) <u>Wunsch/Veränderung</u></p> <p>B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u></p> <p>C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u></p> <p>D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u></p> <p><u>Wechselbeziehungen</u></p> <p><u>Abweichende Sichtweisen</u></p>	

8 BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE	0	1	2	3	4	8	9
Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind (d810-d899).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 8				Item aus LB 8			
Item aus LB 8				Item aus LB 8			
Item aus LB 8				Item aus LB 8			
<p>A) <u>Wunsch/Veränderung</u></p> <p>B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u></p> <p>C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u></p> <p>D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u></p> <p><u>Wechselbeziehungen</u></p> <p><u>Abweichende Sichtweisen</u></p>							

9 GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN	0	1	2	3	4	8	9
Dieses Kapitel befasst sich mit Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind (d910-d999).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:							
Item aus LB 9				Item aus LB 9			
Item aus LB 9				Item aus LB 9			
Item aus LB 9				Item aus LB 9			
<p>A) <u>Wunsch/Veränderung</u></p> <p>B) <u>Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen</u></p> <p>C) <u>Förderfaktoren ↔ Barrieren</u></p>							

D) Weitere wichtige Hinweise

Wechselbeziehungen

Abweichende Sichtweisen

<p>a) Es liegt eine Abweichung vom für das Lebensalter typischen Zustand vor (§ 53 SGB XII i.V. m. § 2 Abs. 1 S. 2 SGB IX)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>b) Eine Beeinträchtigung der Teilhabe, die länger als sechs Monate andauert, liegt vor (gemäß § 53 SGB XII i.V. m. § 2 (1) S. 1 SGB IX)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>c) Die Teilhabebeeinträchtigung steht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>d) Eine wesentliche Behinderung i.S. § 53 Abs. 1 S.1 SGB XII</p> <p><input type="checkbox"/> liegt vor (weiter mit f)</p> <p><input type="checkbox"/> droht (weiter mit f)</p> <p><input type="checkbox"/> liegt nicht vor (weiter mit e)</p>	<p>e) Eine andere (nicht wesentliche) Behinderung i.S. § 53 Abs. 1 S. 2 SGB XII (Ermessensleistung / örtlicher Träger)</p> <p><input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p><input type="checkbox"/> liegt nicht vor</p>	<p>f) Behinderungsart (§§ 1 bis 3 EghVO):</p> <p><input type="checkbox"/> geistig</p> <p><input type="checkbox"/> körperlich</p> <p><input type="checkbox"/> blind oder hochgradig sehbehindert</p> <p><input type="checkbox"/> hörgeschädigt</p> <p><input type="checkbox"/> sprachbehindert</p> <p><input type="checkbox"/> seelisch</p>
---	---	--	--	--	--

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift(en) und ggfs. Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)

, Datum

Zielplanung



F 2 Bogen C

Name, Vorname _____ ,	Geburtsdatum: _____	Az. _____
-----------------------	---------------------	-----------

<input type="checkbox"/> Erste Zielplanung <input type="checkbox"/> Fortschreibung zusammengefasst am: _____ von _____			
Leitziel			
Lebensbereich das Ziel betrifft folgende(n) Lebensbereich (e) (Ziffer(n) angeben):	Rahmen-/ Ergebnisziel(e) (S.M.A.R.T formulieren)	Wie wichtig ist das Ziel? Bedeutungsgrad wenig → sehr wichtig	Anmerkungen
LB Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LB Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LB Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LB Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LB Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LB Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Zielplanung



F 2 Bogen C

<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
---	--	--

Hiermit bestätige ich, dass ich an der Erstellung der Bedarfserfassung und den geplanten Zielen mitgewirkt habe.

Datum der Zielplanung: Datum

Unterschrift des/der Leistungsberechtigten

Unterschrift gesetzliche Betreuung, bevollmächtigte Person, Personensorgeberechtigte

Unterschrift weitere*r Gesprächsteilnehmer*in

Name, Funktion

Unterschrift weitere*r Gesprächsteilnehmer*in

Name, Funktion

Unterschrift weitere*r Gesprächsteilnehmer*in

Name, Funktion

Unterschrift weitere*r Gesprächsteilnehmer*in

Name, Funktion

Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

Name, Vorname _____, _____		Geburtsdatum: _____		Az. _____	
Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom _____ wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:					
<input type="checkbox"/> Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Antrag wurde zurückgenommen am _____ <input type="checkbox"/> Es besteht ein Hilfebedarf der den folgenden Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden kann:					
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Lei- stungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Lei- stungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> Unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen					
Leistungsträger	Antragsdatum	Bescheiddatum	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Teilhabe an Bildung					
<input type="checkbox"/> Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe – Leistungen nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB XII					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Lei- stungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> Leistungen zur sozialen Teilhabe					
<input type="checkbox"/> Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en	Leistungs- form		Mögliche/r Leistungsträger

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

B.E.Ni

F 2 Bogen D

Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.	(mögliche Anspruchsgrundlage/n)		LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals										
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar									
<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit (§ 141 Abs. 3 SGB XII bzw. § 22 Abs. 2 SGB IX). Sofern Pflegebedürftigkeit bereits festgestellt wurde, sind die Daten aus Bogen A zu entnehmen.														
Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Pflegegrad (soweit bekannt)	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Pflegekasse / Az.									
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9														
<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt (§ 141 Abs. 4 SGB XII)														
Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger									
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9														
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen nach dem SGB XII, die nicht der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind (z. B. Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe), soweit sie für die Feststellung der Leistungen nach § 54 SGB XII erforderlich sind.														
Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger									
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9														
<input type="checkbox"/> Ziele (Bogen C) die keine oder noch keine Leistung auslösen:														
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3												
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6												
<input type="checkbox"/> 7														
Kurze Begründung:														
<input type="checkbox"/> Sonstiges / Bemerkungen														
<input type="checkbox"/> Der Träger der Eingliederungshilfe ist Leistungsverantwortlicher nach § 15 SGB IX														
Empfehlung Termin der nächsten Überprüfung														

Auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX wurde hingewiesen (§ 20 Abs. 3 S.3 SGB IX).

Teilhabeplankonferenz gem. § 20 SGB IX:

Die Voraussetzungen für ein Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX) sind

- erfüllt.
- nicht erfüllt (**weiter mit Gesamplankonferenz**).

Eine Teilhabeplankonferenz ist

- nicht erforderlich.
- erforderlich.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- liegt vor (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).
- liegt nicht vor; **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- wurde von der leistungsberechtigten Person vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX), ist jedoch **nicht** erforderlich, da
 - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
 - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder
 - eine Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX nicht erteilt wurde.
- Die leistungsberechtigte Person wurde über die maßgeblichen Gründe im Rahmen eines Anhörungsverfahrens informiert (§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

- wurde von einem beteiligten Rehabilitationsträger und/oder dem Jobcenter vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Von dem Vorschlag wird abgewichen, da
 - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
 - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder
 - die Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX von der leistungsberechtigten Person **nicht** erteilt wurde.

Gesamtplankonferenz gem. § 143 SGB XII:

Eine Gesamtplankonferenz ist

- erforderlich.
 - Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person
 - liegt vor (§ 143 Abs. 1 Satz 1 SGB XII).
 - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihres/ihrer Kindes/Kinder beantragt wurden (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII).
 - Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person
 - liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 1 SGB XII).
 - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfe

- durch andere Leistungsträger
- durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld oder
- ehrenamtlich

gedeckt werden können. Die vorstehend genannten Leistungsträger, ehrenamtlichen Stellen und/oder Personen werden entsprechend beteiligt.

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person

- liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII).
- liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

- Es liegt kein Fall nach § 143 Abs. 4 SGB XII vor.

Die Gesamtplankonferenz

- erfolgt auf Vorschlag der leistungsberechtigten Person (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 1 SGB XII)
- erfolgt auf Vorschlag der folgenden beteiligten Rehabilitationsträger . Die

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

B.E.Ni

F 2 Bogen D

leistungsberechtigte Person hat zugestimmt (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 i. V. m § 143 Abs. 1 S. 1 SGB XII).

Die Gesamtplankonferenz wird mit der Teilhabekonferenz verbunden (§ 143 Abs. 3 Satz 1 SGB XII)

Eine Gesamtplankonferenz ist **nicht** erforderlich, da

der zur Feststellung der Leistung maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,

der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht

Ort, Datum

Unterschrift der Bearbeiterin / des Bearbeiters

Personen / Institutionen, die bei einer Teilhabe- und/oder Gesamtplankonferenz beteiligt werden sollten:	
Name, Vorname	Institution / Funktion