

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:

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
-

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

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
-

Name, Vorname des Kindes

Aktenzeichen

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: 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d132 Informationen erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d133 Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d134 Zusätzliche Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d135 Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d137 Konzepte aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d160 Aufmerksamkeit fokussieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d161 Aufmerksamkeit lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d163 Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d177 Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d210 Einzelaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d220 Mehrfachaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d250 Sein Verhalten steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d330 Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d331 Präverbale Mitteilungen produzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d350 Konversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4	d415 In einer Körperposition bleiben	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4	d430 Gegenstände anheben und tragen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4	d440 Feinmotorischer Handgebrauch	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4	d450 Gehen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4	d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4	d470 Transportmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5	d510 Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5	d530 Die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5	d550 Essen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5	d570 Auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
7	d104 Soziale Zeichen in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
7	d7106 Unterscheidung bekannter Personen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
7	d760 Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8	d810 Informelle Bildung	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8	d880 Sich mit Spielen beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8	d8801 Beobachtungsspiel	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8	d8803 Gemeinsames Kooperationspiel	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
9	d910 Gemeinschaftsleben	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
9	d930 Religion und Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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

Mailadresse 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

<input type="text"/> Planung	<input type="text"/> Name, Vorname des Kindes	<input type="text"/> - <input type="text"/> Für den Zeitraum von - bis	<input type="text"/> Aktenzeichen
---------------------------------	--	---	--------------------------------------

Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX):

Kenntnis der Notlage durch: am:

Ergebnis der Zuständigkeitsklärung: Rechtsgrundlage:

Ggf. Weiterleitung an: am:

Rechtsbegründende Diagnose:

Beteiligte Rehabilitationsträger

Eingliederungshilfe gesetzliche Krankenkasse öffentliche Jugendhilfe
 sonstige:

Beteiligung Pflegekasse **Pflegegrad:** abgelehnt nicht beantragt Zurückstellung Schulbesuch

Beteiligte öffentliche Stellen

Andere öffentliche Stellen wurden einbezogen: nein. Ja, folgende:

SGB XI (Pflegekasse) / Integrationsamt

Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Betreuungsbehörde

Besondere Belange pflegender Angehöriger wurden berücksichtigt:

1. Zielsetzungen in den Bereichen:

a) Persönliche Ziele für das Kind:

Ziel 5.1:
 Anzeiger:

Ziel 5.2:
 Anzeiger:

Ziel 5.3:
 Anzeiger:

b) Ziele für das Kind im Bereich Versorgung / häusliches Leben:

Ziel 5.4:
 Anzeiger:

Ziel 5.5:
 Anzeiger:

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

Ziel 5.6:
 Anzeiger:

Ziel 5.7:
 Anzeiger:

Name, Vorname des Kindes

Aktenzeichen

Zielsetzungen in weiteren Leistungsbereichen:

d)



Ziel:

Anzeiger:

e)



Ziel:

Anzeiger:

2. Leistungen der Rehabilitationsträger / anderer öffentlicher Stellen:

Bedarfsermittlung mit ITP durchgeführt: Nein Ja

Gesamtplan-/Teilhabekonferenz hat stattgefunden: Nein Ja Datum:

Ergänzende Instrumente:

Ergebnisse

Leistungsträger	Leistung	Leistungsumfang (pro Monat)	SL	PB	Bewilligungszeitraum	Erbringer der Leistung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Es wurde die erforderliche Feststellung nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Trägern getroffen.
- Der Sorgeberechtigte hat einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung aus wichtigem Grund **NICHT** widersprochen.
- Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX wurde berücksichtigt.
- Auf die Möglichkeit des Persönlichen Budgets wurde hingewiesen.
- Rechtsbehelfe wurden bei anderen Trägern eingelegt:
- Rechtsbehelfe waren erfolgreich:

Weitergabe der Daten aus dem ITP wurde zugestimmt Ja Nein

Aktivitäten der Sorgeberechtigten (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

Feststellung der Selbsthilferessourcen (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

Hinweis:

Verbleibendes persönliches Budget in € pro Monat

3. Fortschreibung der Gesamt- / Teilhabepanung:

Ein (erneuter) Gesamt- / Teilhabepan ist geplant für den:

Relevante Dokumente sind fristgerecht beim zuständigen Leistungsträger einzureichen bis zum:

Verfahrensleitender Leistungsträger:

Datum / Unterschrift

Verteiler:

Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis

PLANUNGSZEITRAUM von: bis:

Allgemeine Ziele
für das Kind

Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:
Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:
Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:

Versorgung /
häusliches Leben

Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:
Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:

Soziales Leben und
bedeutende Lebens-
bereiche / Spiel

Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:
Ziel wurde:	Ziel soll:	Anzeiger soll:

Bewertung Bezugsperson / Sorgeberechtigter / ggf. Kind:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Unterschrift Leistungsträger: