

	Planungszeitraum vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
<p>1. Sozialdaten</p> <p>Nachfragende Person:</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name, Vorname	<p>Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson):</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name (Verwandtschafts-)status
<input style="width: 100%;" type="text"/> Straße	Adresse, Telefon, ggf. E-Mail: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> Postleitzahl Wohnort	<p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
<input style="width: 100%;" type="text"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> geboren am Geburtsort	<p>Wenn ja:</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name Vorname
<input style="width: 100%;" type="text"/> Schulbildung	Adresse, Telefon, ggf. E-Mail / ggf. Betreuungsverein: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> Beruf Staatsangehörigkeit	<p>Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):</p> <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/> Aktenzeichen	
<p>Familienstand / Kinder / Situation:</p> <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z. B. Wohnsituation mit Angehörigen):

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?

 ja nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Behinderung aufgrund:

 körperlicher Beeinträchtigung
 seelischer Beeinträchtigung
 geistiger Beeinträchtigung
 Beeinträchtigung der Sinne
 Abhängigkeitserkrankung

Zusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:

 körperlicher Beeinträchtigung
 seelischer Beeinträchtigung
 geistiger Beeinträchtigung
 Beeinträchtigung der Sinne
 Abhängigkeitserkrankung

Die Abstimmung ist bisher erfolgt (ggf. mehrfach ankreuzen):

 schriftlich mündlich
 in Gesamtplankonferenzen

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle / Person für die Planung benannt?

 ja nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

Ggf. Erläuterungen (z. B. Diagnosen / Datum):

GdB vorhanden, Umfang: Merkzeichen:

noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhanden

Leistungen nach SGB V Leistungen nach SGB VIII

Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad:)

3. Ziele von Herr/Frau

Bitte auswählen:

	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen im Planungszeitraum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langfristig geplante Veränderungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

4.1 Übergreifende persönliche Situation:

4.2 Aktuelle Probleme der Teilhabe:

4.3 Ressourcen und Barrieren im Umfeld aus den

Bereichen: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115), usw.

4.4 Ressourcen oder Beeinträchtigung Beziehungen aus

den Bereichen: Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Vorgesetzte (e330), usw.

5. Vereinbarte Zielbereiche:

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Anzeiger für das jeweilige Ziel eintragen:

a) Übergreifende persönliche Ziele:

Ziel 1a:

Anzeiger 1a:

Ziel 2a:

Anzeiger 2a:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel 1b:

Anzeiger 1b:

Ziel 2b:

Anzeiger 2b:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:

Ziel 1c:

Anzeiger 1c:

Ziel 2c:

Anzeiger 2c:

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel 1d:

Anzeiger 1d:

Ziel 2d:

Anzeiger 2d:

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung *

a) Ziele von Herrn / Frau:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

c) konkrete Ziele und Anzeiger im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Transportmittel benutzen (d 470) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Einzelaufgaben übernehmen (d 210) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Tägliche Routine durchführen (d 230) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Antrieb (b 130) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Aufmerksamkeit (b 140) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Probleme lösen (d 175) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Feinmotorischer Handgebrauch (d 440) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Impulskontrolle (b 1304) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Kommunikation (d 310, d 330) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Emotionales Erleben (b152) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Formelle Beziehungen Arbeit (d 740) |

f) Tätig im Planungszeitraum:

Bezahlte Tätigkeit

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche auf

2. Arbeitsmarkt Erster Arbeitsmarkt mit Begleitung Erster Arbeitsmarkt
- Sonstiges / Erläuterungen:

Unbezahlte Tätigkeit

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

- Versorgung von Angehörigen / Kindern Ehrenamtliche Tätigkeit Praktikum
- Sonstiges / Erläuterungen:

Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche regelmäßig
an Tagen / Woche. Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

- Berufliche Weiter- oder Ausbildung Stärkung sozialer Kompetenz Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur / oder Planung Budget für Arbeit

g) aktivierbare Hilfen im Umfeld

h) Vorgehen

11. Vorgehen hinsichtlich befähigender Leistungen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination

Ziel 1a:

Ziel 2a:

Vorgehen:

b) Selbstversorgung / Wohnen

Ziel 1b:

Ziel 2b:

Vorgehen:

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Ziel 1c:

Ziel 2c:

Vorgehen:

d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel 1d:

Ziel 2d:

Vorgehen:

12. Erbringung durch:

Benennung: Basismodul / Dienst / Fachkraft / selbständig (mit Assistenz)

a)

b)

c)

d)

13. Einschätzung des zeitlichen Umfangs

(Zyklus, Höhe des Aufwands)

a) Zyklus: **a) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) Zyklus: **b) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

c) Zyklus: **c) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

d) Zyklus: **d) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fachleistung
Std. / Summe:

Ersetzende Leistungen / Grundversorgungsleistungen:

Zyklus: **Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Basismodul:

LRV-Leistung
Std. / Summe:

Pflegerische Unterstützung (siehe ggf. auch **Zusatzbogen PU**)

Pflegegrad:

LRV-Leistung
Std. / Summe:

Präsenzleistung tagsüber (Bitte auswählen):

Stunden

LRV-Leistung
Std. / Summe:

Präsenzleistung nachts (Bitte auswählen):

Stunden

Leistungen der Beförderung:

LRV-Leistung
Std. / Summe:

14. Bisherige Erfahrungen / andere Sichtweisen der leistungsberechtigten Person mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von **Fachkräften** **Angehörigen** **Vertrauenspersonen:**

16. Erstellung und Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Datum, Fachkraft EGH:

Koordinierende Bezugsperson der EGH:

Name

Telefon

Anschrift

Vertretung:

Name

Telefon

Anschrift

Zum Wunsch- und Wahlrecht Persönliches Budget wurde beraten.

Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung

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. Erklärung der leistungsberechtigten Person

Ich wünsche eine Gesamtplankonferenz.

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 folgenden am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Gesetzl. Betreuer:

Bevollmächtigter:

18. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Ich habe den abgeschlossenen ITP
erhalten am:

Datum / Unterschrift Leistungsberechtigter:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- B** (Vorgeschichte / Beruf)
- C** (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- D** (Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz)
- PU** (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Fachkraft EGH

<input type="text"/> Planung	<input type="text"/> Name, Vorname	<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 Bundesagentur für Arbeit gesetzliche Unfallversicherung öffentliche Jugendhilfe

gesetzliche Krankenkasse Kriegsopferfürsorge gesetzliche Rentenversicherung

sonstige:

Beteiligung Pflegekasse

Eine gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit liegt vor vom:

Beteiligte öffentliche Stellen

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

SGB XI (Pflegekasse) / Integrationsamt

Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Jobcenter

Betreuungsbehörde

Besondere Belange pflegender Angehöriger bei der medizinischen Rehabilitation wurden berücksichtigt:

1. Zielsetzungen in den Bereichen:

1a)	Persönliche Ziele	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
1b)	Selbstversorgung / Wohnen	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
1c)	Arbeit und Beschäftigung Tagesstruktur / Bildung	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
1d)	Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>

Name, Vorname

Aktenzeichen

Zielsetzungen in weiteren Leistungsbereichen:

1e)



Ziel:

Anzeiger:

1f)



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 Leistungsberechtigte 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 Leistungsberechtigten (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

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

Hinweise:

Verbleibender Regelsatz in € pro Monat nach § 121 Abs. 4 Nr. 6 SGB IX i.V.m. § 27a Abs. 3 SGB XII.
Das Persönliche Budget wird als Leistungsform als Gesamtsumme im Umfang von € pro Monat bewilligt.

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:

Bewertung des ITP durch Klient / Klientin

Übergreifende
persönliche Ziele

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Wohnen
Selbstversorgung

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Arbeit,
Beschäftigung

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Freizeit

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Bewertung Klient / Klientin:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum:

Assistenz beim Ausfüllen durch:

Antrag auf Weiterbewilligung

Unterschrift der Klientin / des Klienten:

Bewertung des ITP durch Fachkraft des Leistungserbringers

Übergreifende
persönliche Ziele

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Wohnen
Selbstversorgung

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Arbeit,
Beschäftigung

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Freizeit

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Bewertung Fachkraft des Leistungserbringers:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Unterschrift der Fachkraft:

Bewertung des ITP durch den Leistungsträger

Übergreifende,
persönliche Ziele

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Wohnen,
Selbstversorgung

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Arbeit,
Beschäftigung

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Freizeit

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Ziel: **Anzeiger:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde: **Ziel soll:** **Anzeiger soll:**

Bewertung aus Sicht des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt

Unterschrift Leistungsträger: