

Planungszeitraum vom: bis:

1. Sozialdaten

Kind/Jugendliche:

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail

Telefon

geboren am

Geburtsort

Schule

ggf. Schul-, Ausbildungsabschluss Staatsangehörigkeit

Familiäre Situation

Wichtigste Bezugsperson

Bemerkungen:

Wo lebt Kind / Jugendliche?

Name

Verwandtschaftsstatus /
Pflegestelle / Einrichtung

Straße

Telefon

Postleitzahl

Wohnort

Sorgerechtsituation alleinig geteilt gemeinsam

1. Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Telefon

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail **Wirkungs- / Aufgabenkreis / Erläuterung:**

2. Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Telefon

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail **Wirkungs- / Aufgabenkreis / Erläuterung:**

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen der Jugendhilfe / EGH:

Gab es bisher schon fachliche Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?

ja

nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Gefährdung des Ki/Ju durch:

körperliche Beeinträchtigung

Sinnesbeeinträchtigung

kognitive und Lernbeeinträchtigung

seelische Beeinträchtigung

ungesicherter Aufenthaltsstatus

Ggf. Erläuterungen (z. B. Diagnosen):

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

schriftlich

mündlich

in Gesamtpfankonferenzen

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

War eine koordinierende Stelle / Person benannt?

ja

nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

gravierende Vernachlässigung

traumatisches Erleben / Missbrauchserfahrung

herausforderndes Verhalten

misshandelnde Bezugsperson (auch peer-Group)

GdB Kind / Jugendl. vorhanden, Grad Merkzeichen

GdB Erziehende vorhanden

noch kein sozialmedizinisches Gutachten vorhanden

Ggf. Beeinträchtigungen der Sorgeberechtigten:

Leistungen nach: SGB VIII SGB V SGB III SGB XI

Pflegegrad: Pflegegrad nicht beantragt abgelehnt

3. Ziele u. Wünsche von

Kind oder Jugendliche

Sorgeberechtigte oder Erziehungsverantwortliche

Bitte auswählen:

Wohnsituation

Bildungs- / Erziehungssituation

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

Langfristig geplante Veränderungen

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Ki/Ju

folgend sind nur die Angaben (auch aus Sicht des Kindes/Jugendlichen) notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele beziehen.

4.1 Übergreifende persönliche Situation:

4.2 Aktuelle Probleme der Teilhabe in der Erziehungs- und Bildungssituation: (z. B. biografische Faktoren, Wohnform, körperliche / psychische Faktoren, familiäre und materielle Situation, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Fähigkeiten und soziales Wohlbefinden):

4.3 Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Sorgeberechtigten: (z. B. materielle Situation, Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125):

4.4 Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen des Kindes/Jugendlichen: (z. B. Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320), persönliche Hilfspersonen (e 340), Lehrer / Ausbilder (e 1300), Schule / Ausbildung):

5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

In den Textfeldern stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und konkrete Anzeiger eintragen (aus Sicht des Kindes / Jugendlichen, ggfs. aus Sicht der Sorgeberechtigten / Erziehungsverantwortlichen:

a) Übergreifende persönliche Ziele:

Ziel
1a:

Anzeiger
1a:

Ziel
2a:

Anzeiger
2a:

b) Versorgung / Wohnen:

Ziel
1b:

Anzeiger
1b:

Ziel
2b:

Anzeiger
2b:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

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 Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziele:

Aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Persönliche Situation in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Soziale Beziehungen in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Barrieren in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Umfeldfaktoren:

Konkrete Ziele und Anzeiger im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziel:

Ziel:

Anzeiger:

Anzeiger:

Personenbezogene Ressourcen im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesen und Schreiben lernen (d 140, d 145)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verbleiben Progr. / Schulbildung (d 8201)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechnen lernen (d 150)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorankommen Progr. / Schulbildung (d 8202)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme lösen (d 175)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abschließen Progr. / Schulbildung (d 8203)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einzelaufgaben übernehmen (d 210)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formelle Beziehungen, z. B. Lehrer (d 740)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tägliche Routine durchführen (d 230)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antrieb (b 130)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeit (b 140)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation (d 310 - d 349)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotionale Funktionen (b 152)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Funktionen des Denkens (b 160)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transportmittel benutzen (d 470)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Erläuterungen

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht spezifiziert / nicht anwendbar

Rahmenbedingungen / Perspektiven in Schulbildung / Berufsausbildung

Zeitlicher Umfang Std. / Woche

regelmäßig an Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

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

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur / ggfs. berufliche Tätigkeit (nur ausfüllen wenn andere Bereiche nicht zutreffen)

Aktivierbare Hilfen im Umfeld

Vorgehen

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination

Ziel 1a:

Ziel 2a:

Vorgehen:

b) Versorgung / Wohnen

Ziel 1b:

Ziel 2b:

Vorgehen:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur

Ziel 1c:

Ziel 2c:

Vorgehen:

**d) Freizeit / Persönliche Interessen /
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

Ziel 1d:

Ziel 2d:

Vorgehen:

12. Erbringung durch:

Benennung: Einrichtung /
Dienst / Fachkraft / Mitarbeiter
selbständig (mit qualifizierter
Assistenz)

a)

b)

c)

d)

**13. Einschätzung
des geplanten
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"/>

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

**Fachleistung
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

Grundversorgungs-Leistungen (Maßnahmenpauschale):

14. Bisherige Erfahrungen des Ki/Ju mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von Mitarbeiterin/Mitarbeiter Sorgeberechtigte Ki/Ju:

16. Erstellung und Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Datum, Fachkraft EGH:

Koordinierende Bezugsperson:

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 sorgeberechtigten 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:

Sorgeberechtigte / Erziehungsverantwortliche:

ggf. weitere Sorgeberechtigte / Erziehungsverantwortliche:

18. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Datum / Unterschrift Sorgeberechtigter / Erziehungsverantwortliche:

Ich will den abgeschlossenen ITP nicht erhalten.

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

PU (Pflegerische Unterstützung)

C (Herausforderndes Verhalten)

D (Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz)

Datum / Unterschrift Fachkraft EGH:

Bei Jugendlichen ggf:

A (Vorgeschichte / Abhängigkeit)

B (Vorgeschichte / Beruf)

<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 wurden berücksichtigt:

1. Zielsetzungen in den Bereichen:

1a) Überpersönliche Ziele / Koordination	Ziel: <input type="text"/>
	Anzeiger: <input type="text"/>
	Ziel: <input type="text"/>
	Anzeiger: <input type="text"/>
1b) Versorgung / Wohnen	Ziel: <input type="text"/>
	Anzeiger: <input type="text"/>
	Ziel: <input type="text"/>
	Anzeiger: <input type="text"/>
1c) Ausbildung / Tagesstruktur	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)

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:

Zusammenfassende Bewertung des ITP durch Kind /Jugendlicher / Sorgeberechtigte / Fachkräfte

Übergreifende persönliche Ziele

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Wohnen Versorgung

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ziel: Anzeiger:

Ziel wurde: Ziel soll: Anzeiger soll:

Ausbildung / Tagesstruktur

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 Kind / Jugendlicher:

Bewertung Sorgeberechtigte:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Antrag auf Weiterbewilligung

Auswertungsdatum:

Fachkraft EGH: