

**Anlage**  
(zu § 1)**Integrierter Teilhabeplan Brandenburg als Instrument zur Bedarfsermittlung  
für Kinder ab Schuleintritt, Jugendliche und Erwachsene****Vorbemerkung**

Der ITP Brandenburg liegt für folgende Altersklassen vor:

- ein Grundbogen für leistungsberechtigte junge Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr und Erwachsene (ITP Brandenburg)
- ein Grundbogen für leistungsberechtigte Kinder ab Schuleintritt und Jugendliche [ITP Brandenburg KiJu (ab Schuleintritt)].

für den Zeitraum von:  bis:  Akt.-Z.:

**1. Sozialdaten**

**Nachfragende Person:**

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

eMail

Telefon mobil Telefon Festnetz

geboren am  Geburtsort

Geschlecht: männlich  weiblich  sonstiges

Familienstand Staatsangehörigkeit

Schulbildung Kein Schulabschluss  Abschluss Förderschule

Beruf

**Eigene Kinder:** nein  ja  Anzahl:

**Im Haushalt lebende Kinder:** ja  Anzahl:

Ergänzende Bemerkungen (z. B. Alter der Kinder)

**Nächste Angehörige (bzw. nächste Bezugsperson):**

Name Verwandtschaftsstatus

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon eMail

**Gesetzliche Betreuung**  Bevollmächtigung

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon / FAX

**Wirkungs-/Aufgabenkreis der Betreuung oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):**

Vermögensvorsorge  Rentenangelegenheiten

Wohnungsangelegenheiten  Post

Aufenthaltsbestimmungsrecht  Gesundheitsfürsorge

Behördenangelegenheiten  Einwilligungsvorbehalt

**2. Bisherige und aktuelle Unterstützungsleistungen / Situation**

**Welche Hilfen / Leistungen wurden in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?**

**Wurden konkrete Abstimmungen / Absprachen getroffen (Wer war beteiligt)?**

**Vorrangige** Beeinträchtigung:

körperlich

geistig

psychisch

Sinne

Abhängigkeit

**Begleitende** Beeinträchtigungen:

körperlich

geistig

psychisch

Sinne

Abhängigkeit

**Die Abstimmung erfolgte** (ggf. mehrfach ankreuzen):

schriftlich  mündlich

in Gesamtplankonferenzen

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

Gab es bisher eine koordinierende Person für die Teilhabeplanung?

ja  nein

Wenn ja, folgende Stelle / Person:

**Liegt ein ärztliches / sozialmedizinisches Gutachten vor?**

GdB vorhanden, Grad:  Merkzeichen:

Leistungen nach SGB XI  
Pflegegrad

Leistungen nach SGB V

Leistungen nach SGB VIII

Leistungen nach SGB II

Leistungen nach SGB XII

ggf. Erläuterungen / Diagnosen:

**3. Ziele und Wünsche von Herrn / Frau:**

Name

Vorname

[Empty text area for goals and wishes]

**Zielbereiche:**

**a) Persönliche Interessen /  
Teilhabe am ges. Leben / Freizeit**

**b) Selbstversorgung / Wohnen /  
Häuslichkeit**

**c) Arbeit / Beschäftigung /  
Tagesstruktur / Bildung**

**Welche Veränderungen  
sind im Planungszeitraum  
vorgesehen?**

**Langfristig geplante  
Veränderungen:**

[Empty box for changes in area a]

[Empty box for changes in area b]

[Empty box for changes in area c]

[Empty box for long-term changes in area a]

[Empty box for long-term changes in area b]

[Empty box for long-term changes in area c]

**4. Stichworte zur aktuellen  
Situation / Umweltfaktoren**

Folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die Ziele und Wünsche des Leistungsberechtigten sowie auf ihre Voraussetzungen zur Gesamt-/Teilhabeplanung beziehen.

**Übergreifende persönliche Situation:**

[Empty text area for overall personal situation]

**Aktuelle Probleme der Teilhabe**

aus den Bereichen: Kommunikation (e 125), Mobilität (e 120), allgem. Aufgaben, Lernen, Selbstversorgung, häusliches Leben, Beziehungen, besondere Lebensbereiche, Bildung / Arbeit:

[Empty text area for current participation problems]

**Unterstützung und Barrieren im Umfeld**

aus den Bereichen: Materielle Situation (e 165), Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125), Hilfsmittel (e 115):

[Empty text area for support and barriers in the environment]

**Unterstützung oder Beeinträchtigung in Beziehungen**

aus den Bereichen: Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320), Hilfspersonen (e 340), Nachbarn / Kollegen (e 325), Vorgesetzte (e 330):

[Empty text area for support or impairment in relationships]

**5. Teilhabeziele in den Bereichen:**

In den Textfeldern stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und konkrete Indikatoren eintragen:

**a) Persönliche Interessen / Freizeit /  
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:**

Ziel:

[Empty box for goal in area a]

Indikator:

[Empty box for indicator in area a]

Ziel:

[Empty box for goal in area a]

Indikator:

[Empty box for indicator in area a]

Ziel:

[Empty box for goal in area a]

Indikator:

[Empty box for indicator in area a]

**b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit:**

Ziel:

[Empty box for goal in area b]

Indikator:

[Empty box for indicator in area b]

Ziel:

[Empty box for goal in area b]

Indikator:

[Empty box for indicator in area b]

**c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:**

Ziel:

[Empty box for goal in area c]

Indikator:

[Empty box for indicator in area c]

Ziel:

[Empty box for goal in area c]

Indikator:

[Empty box for indicator in area c]

Name

Vorname

Zeitraum bis

### 6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

### 7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

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

Fähigkeiten

### 8. Hilfen im Umfeld

- A Umfeld-Hilfe vorhanden
- B mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- C mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- D keine aktivierbare Hilfe

### 9. Art d. Unterstützung / SGB IX

- 1 nicht erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 personengebundene Unterstützung
- 7 Persönliches Budget

	Fähigkeiten		Wer?		Art d. Unterstützung / SGB IX	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung zeitlich (b 1140)						
Orientierung räumlich (b 1141)						
Psychische Stabilität (b 1263)						
Drang nach Suchtmitteln (b 1303)						
Impulskontrolle (Selbst- / Fremdschädigung) (b 1304)						
Aufmerksamkeit (b 140)						
Gedächtnis (b 144)						
Emotionales Erleben (b 152)						
Inhalt und Kontrolle des Denkens (b 160 ff)						
Höhere kognitive Funktionen (b 164)						
Funktion des Sehens (b 210)						
Funktion des Hörens (b 230)						
Funktionen des Gehens (b 770)						
Antrieb (b 130 ff)						
1 Lesen und Schreiben (d 166, d 170)						
1 Rechnen, Zahlenverständnis (d 172)						
1						
2 Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)						
2						
3 Kommunikation (d 310, d 330)						
3						
4 Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)						
4 sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d 460)						
4 Transportmittel benutzen (d 470)						
4						
5 sich waschen und den Körper pflegen (d 510, d 520)						
5 die Toilette benutzen (d 530)						
5 sich kleiden (d 540)						
5 Essen, Essverhalten (d 550)						
5 Trinken (d 560)						
5 auf seine Gesundheit achten (d 570)						
5						
6 Einkaufen (d 620)						
6 Mahlzeit zubereiten (d 630)						
6 Hausarbeit, erled. und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)						
6						
7 Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)						
7 Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)						
7 Formelle Beziehungen Arbeit (d 740)						
7 Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 750)						
7 Familienbeziehungen (d 760)						
7 Partnerbeziehungen (d 770)						
7						
8 Schulbildung / Berufsausbildung (d 825, 830, 839)						
8 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)						
8 Aufgaben des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)						
8 bezahlte Tätigkeit (d 850)						
8 unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)						
8 Umgang mit Geld / Kontoführung (d 860, d 865)						
8						
9 Gemeinschaftsleben (d 910)						
9 Erholung und Freizeit (d 920)						
9 Religion und Spiritualität (d 930)						
9 Bürgerrechte (d 950)						
9						
Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)						
Arztbesuche (e 580)						

Name

Vorname

Zeitraum bis

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

**a) Ziele:**

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

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

**c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur**

**d) personenbezogene Ressourcen**

**e) Fähigkeiten (  ) und Beeinträchtigungen**

- Transportmittel benutzen (d 470)
- Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)
- Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845)
- Antrieb (b 130)
- Aufmerksamkeit (b 140)
- Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)

- Einzelaufgaben übernehmen (d 210)
- Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)
- Tägliche Routine durchführen (d 230)
- Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)
- Probleme lösen (d 175)
- Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

**ERLÄUTERUNGEN**

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

**f) Planung für Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur:**

**Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung / höhere Bildungswege**

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

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

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

Umfang der Beeinträchtigung:   
Sonstiges:

**Bezahlte Tätigkeit**

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

- auf dem besonderen Arbeitsmarkt
- auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- Erster Arbeitsmarkt

Umfang der Beeinträchtigung:   
Sonstiges:

**Unbezahlte Tätigkeit**

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

- Versorgung von Angehörigen / Kindern
- Praktikum
- ehrenamtliche Tätigkeit

Umfang der Beeinträchtigung:   
Sonstiges:

**Beschäftigung Tagesstruktur**

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

- Erwerb und Erhalt sozialer Kompetenz
- Erwerb und Erhalt von praktischen Fähigkeiten

Umfang der Beeinträchtigung:   
Sonstiges:

**g) aktivierbare Hilfen im Umfeld**

**h) Vorgehen**

Name

Vorname

Zeitraum bis

**11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche**

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot).

**a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:**

**b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit:**

**c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:**

**12. Erbringung durch**

(Einrichtung, Dienst, Fachkraft, Mitarbeiter, Persönl. Budget)?

**a) Erbringer:**

**b) Erbringer:**

**c) Erbringer:**

**13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Unterstützungs-Umfangs**

Bitte auswählen

**a) Zyklus:**

**a) Intensität:**

**b) Zyklus:**

**b) Intensität:**

**c) Zyklus:**

**c) Intensität:**

**Leistungen, die Voraussetzung der Teilhabeleistung sind (z. B. Pflegerische Unterstützung oder andere Versorgungsleistungen)**

Nachtwache

Bereitschaftsdienste nachts

Name

Vorname

Zeitraum bis

14. Bisherige Erfahrungen der Leistungsberechtigten mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von  Fachkraft  Angehörige  Gesetzliche Betreuer

16. Erklärung der leistungsberechtigten Person

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:

Bitte hier die Beteiligten eintragen, denen der Teilhabeplan **nicht** zur Verfügung gestellt werden soll:

Vertrauensperson:

Name Telefon E-Mail

Anschrift

Weitere Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

- Ich will den abgeschlossenen ITP **erhalten**.
- Ich will den abgeschlossenen ITP **nicht erhalten**.

Datum

Datum

Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte\*r

Unterschrift Vertrauensperson, ges. Betreuung

Unterschrift Mitarbeiter\*in EGH

Name

Vorname

Zeitraum bis

## 17. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

**Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt:**



Name

Vorname

Zeitraum bis

### 18. Bewertung des ITP durch leistungsberechtigte Person

a) Persönliche Interessen / Freizeit /  
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

b) Selbstversorgung /  
Wohnen / Häuslichkeit

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

c) Arbeit / Beschäftigung /  
Tagesstruktur / Bildung

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

**Bewertung Leistungsberechtigte\*r:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

Auswertungsdatum:  Assistenz beim Ausfüllen durch:

**Antrag auf Weiterbewilligung**

Unterschrift der / des Leistungsberechtigten:

Name

Vorname

Zeitraum bis

19. Bewertung des ITP durch Leistungserbringer

(Nicht ausfüllen im Fall des „Persönlichen Budgets“)

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Bewertung des Leistungserbringers:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Bearbeiter\*in:

Auswertungsdatum:

Unterschrift Bearbeiter\*in:

Name

Vorname

Zeitraum bis

20. Bewertung des ITP durch Leistungsträger

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Bewertung des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

[Empty text box for evaluation and notes]

Zentrale Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

[Empty text box for central conclusions]

Auswertungsdatum: Bearbeiter\*in:

Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt

Unterschrift Leistungsträger:

Name

  
Vorname

  
Aktenzeichen

# 1. Sozialdaten

 Vom:  bis: 
  
Geburtsdatum

  
Geschlecht

## Lebenssituation

  
Name Sorgeberechtigte / Erziehende

  
Verwandtschaftsstatus

  
Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

  
Straße

  
Postleitzahl

  
Wohnort

  
E-Mail

  
Telefon

### Sorgerechtssituation:

 alleinig

 gemeinsam

### 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

**Ggf. weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte** (z. B. Amtsvormundschaft, -pflege) für Kind / Jugendlichen:

## 2. Aktuelle Familiensituation / Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

### Aktuelle Situation in der Schule / Ausbildung:

 Zurückstellung Schulbesuch

### Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel / Einrichtungen

(z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Bisherige Abstimmungen:

### (Drohende) Beeinträchtigung:

 körperliche Beeinträchtigung

 seelische Beeinträchtigung

 geistige Beeinträchtigung

 Sinnesbeeinträchtigung

### Weitere:

 körperliche Beeinträchtigung

 seelische Beeinträchtigung

 geistige Beeinträchtigung

 Sinnesbeeinträchtigung

Gegebenenfalls Erläuterungen, z. B. ICD-Diagnosen / gesundheitliche Entwicklung:

**Soz.-med. Stellungnahmen:**  ja  nein / Datum:

  
Bemerkungen:

**GdB vorhanden?**  ja  nein / Umfang:

  
Merkzeichen:

**Leistungen nach SGB XI:**  ja  nein / Pflegegrad:

 Pflegegrad abgelehnt

 Pflegegrad nicht beantragt

**Leistungen nach SGB V:**  ja  nein / Bemerkungen:

**Leistungen nach SGB VIII:**  ja  nein / Bemerkungen:

Andere Leistungen:

### Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:

Name

Vorname

Zeitraum bis

3. Ziele und Wünsche des Kindes / Jugendlichen:

[Empty text box for goals and wishes]

Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

[Empty text box for goals of guardians]

Lebensort des Kindes / Jugendlichen:

Erziehungs- und Bildungssituation:

[Empty text box for current living situation]

Aktueller Stand

[Empty text box for current education and training situation]

[Empty text box for changes in living situation]

Veränderungen im Planungszeitraum

[Empty text box for changes in education and training situation]

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren auch aus Sicht des Kindes / Jugendlichen

a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:

[Empty text box for current family/education situation]

b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation:

[Empty text box for environmental factors and barriers]

c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen:

[Empty text box for support or impairment of relationships]

5. Vereinbarte Teilhabeziele in den Bereichen:

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

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung:

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Name

Vorname

Zeitraum bis

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

Empty box for notes

Was ist bei der Planung zu berücksichtigen?

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

- 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 ausgepr. Beeinträchtigung
•••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung
Ø nicht spezifiziert / nicht anwendbar
i weitere Informationen nötig

Fähigkeiten [checked]

8. Hilfen im Umfeld

- A Umfeld-Hilfe vorhanden
B mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
C mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
D keine aktivierbare Hilfe

9. Art d. Unterstützung / SGB IX

- 1 nicht erforderlich / erwünscht
2 Information, Orientierung, Anleitung
3 Kompensation / Übernahme
4 individuelle Planung und Feedback
5 begleitende, übende Unterstützung
6 personengebundene Unterstützung
7 Persönliches Budget

Table with 4 main columns: Activity description, Level of impairment (ERLÄUTERUNGEN), Availability of help (8), and Type of support (9). Rows include activities like 'Lesen und Schreiben', 'Rechnen', 'Mit Stress und Krisen umgehen können', etc.

Name

Vorname

Zeitraum bis

**10. Klärung des Bedarfs im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:**

**Ziele:**

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

Persönliche Situation in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur: <input type="text"/>	Soziale Beziehungen in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur: <input type="text"/>
Barrieren in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur: <input type="text"/>	Umfeldfaktoren: <input type="text"/>

**Konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:**

<b>Ziel:</b> <input type="text"/>	<b>Ziel:</b> <input type="text"/>
<b>Indikator:</b> <input type="text"/>	<b>Indikator:</b> <input type="text"/>

**Personenbezogene Ressourcen im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:**

**Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:**

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

**Erläuterungen**

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgepr. Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht spezifiziert / nicht anwendbar
- i weitere Informationen nötig

**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 / Tagesstruktur / ggfs. berufliche Tätigkeit**

**Aktivierbare Hilfen im Umfeld**

**Vorgehen**

Name

Vorname

Zeitraum bis

**11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche**

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot / ggfs. Koordination).

**a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:**

**b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung:**

**c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:**

**12. Erbringung durch**

(Einrichtung, Dienst, Fachkraft, Mitarbeiter, persönliches Budget)?

**a) Erbringer:**

**b) Erbringer:**

**c) Erbringer:**

**13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**

Bitte auswählen

**a) Zyklus:      a) Intensität:**

**b) Zyklus:      b) Intensität:**

**c) Zyklus:      c) Intensität:**

**Pflegerische Unterstützung / Erziehungsleistungen / weitere Versorgungsleistungen**

Nachtwache       Bereitschaftsdienste nachts

**c) Erbringer:**

**c) Zyklus:      c) Intensität:**



Name

  
 Vorname

  
 Zeitraum bis
**14 a. Erfahrungen des Kindes / Jugendlichen mit Hilfen:**

**14 b. Erfahrungen der Sorgeberechtigten mit Hilfen:**

**15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von**
 **Fachkraft**


**16. Erklärung der leistungsberechtigten Person / Sorgeberechtigten**

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:

Sorgeberechtig\*t\*e:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

 Wenn nicht einverstanden bitte die Beteiligten eintragen, welchen der Teilhabeplan nicht zur Verfügung gestellt werden soll:

**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 vereinbarten Zeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

 Ich will den abgeschlossenen ITP **erhalten**.

 Ich will den abgeschlossenen ITP **nicht erhalten**.

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

Unterschrift Kind / Jugendlicher

**Unterschrift Mitarbeiter\*in EGH:**


Datum:

Name:

Name

Vorname

Zeitraum bis

## 17. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird / ggfs. Kinderzeichnungen beifügen:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt:

Name

Vorname

Zeitraum bis

### 18. Bewertung des ITP durch Sorgeberechtigte / Kind / Jugendliche

a) Persönliche Interessen / Freizeit /  
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

b) Wohnen /  
Hauslichkeit /  
Selbstversorgung

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

c) Bildung /  
Ausbildung /  
Tagesstruktur:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Bewertung Bezugsperson / Sorgeberechtigter:

Bewertung Kind / Jugendliche\*:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum:  Bearbeiter\*in:

Name

Vorname

Zeitraum bis

### 19. Bewertung des ITP durch Leistungserbringer

(Nicht ausfüllen im Fall des „Persönlichen Budgets“)

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

Ziel:  Indikator:

Ziel wurde:  Bitte wählen Sie aus Ziel soll:  Bitte wählen Sie aus: Indikator soll:  Bitte wählen Sie aus:

**Bewertung des Leistungserbringers:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

Bearbeiter\*in:

Auswertungsdatum:

Unterschrift Bearbeiter\*in:

Name

Vorname

Zeitraum bis

20. Bewertung des ITP durch Leistungsträger

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Indikator:

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Bewertung des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

[Empty text box for evaluation and notes]

Zentrale Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

[Empty text box for central conclusions]

Auswertungsdatum: Bearbeiter\*in:

Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt

Unterschrift Leistungsträger: