

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

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

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?

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

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:

Unbezahlte Tätigkeit

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

- Versorgung von Angehörigen / Kindern
- Praktikum
- ehrenamtliche Tätigkeit

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:

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:

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

b) Zyklus:

b) Intensität:

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

c) Zyklus:

c) Intensität:

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

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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Telefon	E-Mail

<input type="text"/>
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:

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

vollumfänglich
 oder Teile der Sorge:

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:

Weitere:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> seelische Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> seelische Beeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung | <input type="checkbox"/> 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]

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 columns for activities (1-9), abilities (ERLÄUTERUNGEN), help in environment (A-D), and support types (1-7). Rows list specific tasks 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:

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

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

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 / 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 / Auszubildung / 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: