



Neuplanung  für den Zeitraum vom  bis

### 1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

Telefon

geboren am Geburtsort

\* Herkunftsregion

Beruf Staatsangehörigkeit

\* Krankenkasse / \* Geschäftsstelle

\* Rentenversicherungsträger \* Versicherungs-Nr.

\* Andere Sozialleistungsträger

\* Nur ausfüllen, falls bekannt

Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson)

Name Verwandtschaftsstatus

Straße Telefon

Postleitzahl Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

nein ja, und zwar:  
 gesetzl. Betreuer  
 Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name Vorname

Straße Telefon

Postleitzahl Wohnort

Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):

### 2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Leistungen. Gewohnt mit wem?:

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

ja  nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

schriftlich  mündlich  
 in Fall- / Hilfeplankonferenzen

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

War eine koordinierende Stelle / Person für die Hilfeplanung benannt?

ja  nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

Vorrangige Behinderung:

körperliche Behinderung  
 geistige Behinderung  
 seelische Behinderung  
 Suchterkrankung

Zusätzliche begleitende Behinderung:

körperliche Behinderung  
 geistige Behinderung  
 seelische Behinderung  
 Suchterkrankung

ggf. Erläuterungen:

noch kein sozialmedizinisches Gutachten vorhanden



### 3. Ziele von Herrn/Frau

Bitte auswählen:

#### Wohnsituation

#### Arbeitssituation / Tagesstruktur

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

Langfristig geplante Veränderungen

### 4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

a) Übergreifende persönliche Situation:

b) Aktuelle Probleme der Teilhabe

*Aus den Bereichen:* Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

c) Unterstützung und Barrieren im Umfeld

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

d) Unterstützung oder Beeinträchtigung Beziehungen

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

### 5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

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

a) Übergreifende persönliche Ziele:

Ziel:   
Indikator:

Ziel:   
Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel:   
Indikator:

Ziel:   
Indikator:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:

Ziel:   
Indikator:

Ziel:   
Indikator:

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

Ziel:   
Indikator:

Ziel:   
Indikator:







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

#### a) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

\* Gegebenenfalls bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen

#### b) Fähigkeiten, Zielentwicklung im Lebensfeld Arbeit:

<input type="checkbox"/>	Transportmittel benutzen
<input type="checkbox"/>	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
<input type="checkbox"/>	Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen
<input type="checkbox"/>	Antrieb
<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeit

<input type="checkbox"/>	Probleme lösen (d 175)
<input type="checkbox"/>	Einzelaufgaben übernehmen (d 210)
<input type="checkbox"/>	Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)
<input type="checkbox"/>	Tägliche Routine durchführen (d 230)
<input type="checkbox"/>	Mit Stress und psych. Anforderungen umgehen können (d 240)
<input type="checkbox"/>	Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)
<input type="checkbox"/>	Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

#### c) Planung für die Art von Tätigkeit im kommenden Jahr:

**Bezahlte Tätigkeit**

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

flexible Arbeitszeit unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen  
 Schichtarbeit, Nachtarbeit, Wochenendarbeit möglich  
 1. Arbeitsmarkt

Verdienst / Fahrtgeld in Höhe von  EUR

Sonstiges:

**Unbezahlte Tätigkeit**

Versorgung von Angehörigen  
 Praktikum / Förderungsmaßnahme:  
 Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit  
 Förderung der Arbeitsaufnahme / Beteiligung an Tätigkeiten / Zuverdienst

Sonstiges:

**Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung**

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

Berufliche Qualifikation  
 Soziale Kompetenz  
 Grundfähigkeiten

Sonstiges:

**Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur**  
(nur ausfüllen wenn andere Bereiche nicht zutreffen)

#### d) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Tagesstruktur

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**e) Vorgehen**

**f) Erbringung durch**



<b>11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:</b> Angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot	<b>12. Zeitlicher Umfang und Erbringung durch</b> <small>Benennung: Einrichtung / Dienst / Mitarbeiter / Umfeldhilfen, Angabe in Minuten pro Woche. Bereiche Wohnen / Freizeit bzw. Arbeit / Tagesstruktur angeben</small>
a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	a) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
b) Selbstversorgung / Wohnen <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	b) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	c) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	d) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
Erläuterung zu Mehraufwand bei Grund- und Behandlungsoffenen <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div> <p> <input type="checkbox"/> Nachwache    <input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienste Nachts         </p>	Summe: <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>

LWV Hessen: Integrierte Teilhabeplanung - Stand 12-2008/Version 1.5



Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.



### 13. Bisherige Erfahrungen mit Hilfen

### 14. Ggf. abweichende Sichtweisen in Bezug auf aktuelle Situation, Ziele, Bedarf und Hilfen beschreiben, Kompromissbildung skizzieren:

### 15. Federführend bei der Erstellung des Teilhabeplans ist:

 

Name Vorname

Am Hilfeplan hat mitgewirkt

Die Erstellung des Teilhabeplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

a) In Abstimmung mit der nachfragenden Person  
 ja  nein

b) unter Einbeziehung der Angehörigen  
 ja  nein  entfällt

c) In Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer  
 ja  nein  entfällt

### 16. Weitere zur Teilhabeplanung genutzte Bögen / Instrumente / Gutachten

Bitte angeben:

Datum, Ersteller:

### 17. Vereinbarung zur Koordinierung des Teilhabeplans

Koordinierende Bezugsperson:

Name Telefon

Anschrift

#### Vertretung:

 

Name Telefon

Anschrift

Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart:  ja  nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

### 18. Unterschriften

  

Datum Nachfragende Person ggf. Bevollmächtigter, gesetzliche/r Betreuer/in

Koordinierende Bezugsperson

### 19. Schweigepflichtsentbindung

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der Teilhabeplanung sowie deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Teilhabeplans (ITP) erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des ITP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck abschließend bezeichnet werden. Der Unterzeichner ist darüber informiert, dass der Übermittlung der Daten – ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft – widersprochen werden kann, sowie über die Rechte nach §§ 83, 84 SGB X.

  

Datum Nachfragende Person ggf. Bevollmächtigter, gesetzliche/r Betreuer/in



20. Überprüfung des ITP vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
für \_\_\_\_\_

### Zielindikatoren

#### a) im Bereich übergreifende persönliche Ziele

Indikator: \_\_\_\_\_

Ziel wurde:

Bitte wählen Sie aus:

Ziel soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator: \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

#### b) Im Bereich Selbstversorgung / Wohnen

Indikator: \_\_\_\_\_

Ziel wurde:

Bitte wählen Sie aus:

Ziel soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator: \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

#### c) Im Bereich Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur

Indikator: \_\_\_\_\_

Ziel wurde:

Bitte wählen Sie aus:

Ziel soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator: \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

#### d) Im Bereich Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Indikator: \_\_\_\_\_

Ziel wurde:

Bitte wählen Sie aus:

Ziel soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator soll:

Bitte wählen Sie aus:

Indikator: \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

Bitte wählen Sie aus:

Bei der Bewertung wurden folgende Informationsquellen berücksichtigt:

- Informationen der nachfragenden Person
- Informationen von gesetzl. Betreuer / Angehörigen
- Informationen von betreuenden / begleitenden Mitarbeitern
- Informationen aus schriftlichen Akten / Dokumenten

Auswertungsdatum: \_\_\_\_\_

BearbeiterIn: \_\_\_\_\_

Nächste ITP-Auswertung ist geplant am:  
\_\_\_\_\_

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:





### 21. Zusatzblatt

bitte benutzen falls mehr Platz benötigt wird

Sie hier ggf. Zusatzinformationen eintragen falls der Platz nicht ausreicht...

