

<input type="text"/>	für den Zeitraum von: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Akt.-Z.: <input type="text"/>
----------------------	--	---------------------------	-------------------------------

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

eMail

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

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?

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:

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

Vorrangige Beeinträchtigung:

körperlich

geistig

psychisch

Sinne

Abhängigkeit

Begleitende Beeinträchtigungen:

körperlich

geistig

psychisch

Sinne

Abhängigkeit

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. Wünsche und Ziele von Herrn / Frau:

Name

Vorname

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:

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:

Aktuelle Probleme der Teilhabe

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

Unterstützung und Barrieren im Umfeld

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

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):

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:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

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

			Wer?	ggf. Kommentar:
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 <input type="text"/>				
2 Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)				
2 <input type="text"/>				
3 Kommunikation (d 310, d 330)				
3 <input type="text"/>				
4 Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)				
4 sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d 460)				
4 Transportmittel benutzen (d 470)				
4 <input type="text"/>				
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 <input type="text"/>				
6 Einkaufen (d 620)				
6 Mahlzeit zubereiten (d 630)				
6 Hausarbeit, erled. und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)				
6 <input type="text"/>				
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 <input type="text"/>				
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 <input type="text"/>				
9 Gemeinschaftsleben (d 910)				
9 Erholung und Freizeit (d 920)				
9 Religion und Spiritualität (d 930)				
9 Bürgerrechte (d 950)				
9 <input type="text"/>				
Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)				
Arztbesuche (e 580)				

Name

Vorname

Zeitraum bis

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

a) Ziele:

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

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

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

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 / Bildung:

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

Sonstiges:

Bezahlte Tätigkeit

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

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

Sonstiges:

Unbezahlte Tätigkeit

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

- Versorgung von Angehörigen / Kindern
- Praktikum
- ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

Beschäftigung Tagesstruktur

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

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

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

Sonstige Leistungen der Erreichbarkeit

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 Unterschrift **Leistungsberechtigte*r**Datum Unterschrift **Vertrauensperson, ges. Betreuung**Datum 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: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) Selbstversorgung /
Wohnen / Häuslichkeit

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) Arbeit / Beschäftigung /
Tagesstruktur / Bildung

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

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

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit

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

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

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

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: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) Selbstversorgung /
Wohnen / Häuslichkeit

Ziel: **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) Arbeit / Beschäftigung /
Tagesstruktur / Bildung

Ziel: **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungserbringer: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Leistungsträger: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Zentrale Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum: Bearbeiter*in:

**Antrag auf Weiterbewilligung
wird unterstützt**

Unterschrift Leistungsträger: