

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:

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. Wünsche und Ziele des Kindes / Jugendlichen:

Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

Lebensort des Kindes / Jugendlichen:

Aktueller Stand

Erziehungs- und Bildungssituation:

Veränderungen im Planungszeitraum

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

a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:

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

c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen:

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:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Name

Vorname

Zeitraum bis

6. Personenbezogene Ressourcen

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

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
- ∅ nicht spezifiziert / nicht anwendbar
- i weitere Informationen nötig

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"/>	v	•	••	•••
1 Lesen und Schreiben (d 166, d 170)	<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"/>
1 <input type="text"/>	<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"/>
2 <input type="text"/>	<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"/>
3 <input type="text"/>	<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"/>
4 Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	<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"/>
4 Transportmittel benutzen (d 470)	<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"/>
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"/>
5 Die Toilette benutzen (d 530)	<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"/>
5 Essen, Essverhalten (d 550)	<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"/>
5 Auf seine Gesundheit achten (d 570)	<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"/>
6 Einkaufen (d 620)	<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"/>
6 Hausarbeiten erledigen und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)	<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"/>
7 Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)	<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"/>
7 Formelle Beziehungen, z. B. Schule (d 740)	<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"/>
7 Familienbeziehungen (d 760)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Intime Beziehungen (d 770)	<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"/>
8 Theoretische Berufsausbildung (d 825)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Schulbildung (d 830, d 839)	<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"/>
8 Elementare wirtschaftliche Transaktionen / Umgang mit Geld (d 860)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sich mit Spielen beschäftigen (d 880)	<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"/>
9 Gemeinschaftsleben (d 910)	<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"/>
9 Religion und Spiritualität (d 930)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Bürgerrechte / Kinderrechte (d 950)	<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"/>
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung räumlich / zeitlich (b 114)	<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"/>
Antrieb (b 130 ff.)	<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"/>
Aufmerksamkeit (b 140)	<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"/>
Emotionales Erleben (b 152)	<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"/>
Beeinträchtigung Körperfunktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<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 Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziele:

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

Persönliche Situation in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Soziale Beziehungen in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Barrieren in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Umfeldfaktoren:

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

Ziel:

Ziel:

Indikator:

Indikator:

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"/>	<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:

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

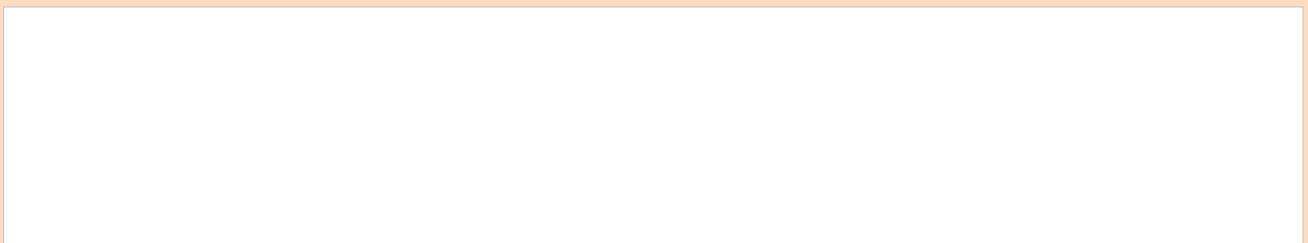
Zeitraum bis

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: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) Wohnen /
Hauslichkeit /
Selbstversorgung

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) Bildung /
Ausbildung /
Tagesstruktur:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

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: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) Wohnen / Häuslichkeit /
Selbstversorgung

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) Bildung / Ausbildung /
Tagesstruktur

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

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) Wohnen / Häuslichkeit /
Selbstversorgung

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) Bildung / Ausbildung /
Tagesstruktur:

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: