

für den Zeitraum vom:  bis:

**1. Sozialdaten Antragstellende Person:**

Name  Vorname

Straße

Postleitzahl  Wohnort

Telefon

geboren am  Geburtsort

Schulbildung

Beruf

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Allgemeine Situation

**Nächste/-r Angehörige/-r (bzw. nächste Bezugsperson):**

Name  Verwandschaftsstatus

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 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen. Wohnsituation mit Angehörigen?

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

nein  ja

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

schriftlich  mündlich  
 in Gesamtplankonferenzen

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

War eine koordinierende Stelle / Person für die Hilfeplanung benannt?

nein  ja

Wenn ja, folgende Stelle / Person:

Vertrauensperson nach § 113 Abs. 6 SGB IX bei Krankenhausaufenthalt notwendig

**Behinderung aufgrund:**

körperlicher Beeinträchtigung  
 seelischer Beeinträchtigung  
 geistige Beeinträchtigung  
 Sinnesbeeinträchtigung

**Weitere Behinderung aufgrund:**

körperlich. Beeinträchtigung  
 seelischer Beeinträchtigung  
 geistige Beeinträchtigung  
 Sinnesbeeinträchtigung

ggf. Erläuterungen, z. B. Abhängigkeit, ICD-Diagnose:

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

GdB vorhanden?  nein  ja / Umfang:  Merkzeichen:

Leistungen nach SGB XI:  nein  ja / Pflegegrad:

Leistungen nach SGB V:  nein  ja / Bemerkungen:

Leistungen nach SGB VIII:  nein  ja / Bemerkungen:

Name
  
Vorname
  
Zeitraum bis

**3. Ziele von** Herr / Frau

Bitte auswählen:

	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Veränderungen im Planungszeitraum	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Langfristig geplante Veränderungen	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

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

Folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

**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 (e 165), Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125), Hilfsmittel (e 115):

**d) Unterstützung oder Beeinträchtigung von Beziehungen aus den Bereichen:** Familie (e 310, 315), Freunde (e 320), persönliche Hilfspersonen (e 340), Nachbarn / Kollegen (e 325), Vorgesetzte (e 330):

**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:



Name

Vorname

Zeitraum bis

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

**a) Ziele von Herrn / Frau:**

**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**

Ziel:

Ziel:

Indikator:

Indikator:

**d) personenbezogene Ressourcen**

**e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen**

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Transportmittel benutzen (d 470)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Einzelaufgaben übernehmen (d 210)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Aufg. d. Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tägliche Routine durchführen (d 230)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Antrieb (b130)	<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"/>	Probleme lösen (d 175)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

-	keine Beeinträchtigung
■	leichte Ausprägung
■■	mäßig ausgepr. Beeinträchtigung
■■■	erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung
■■■■	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
*	nicht spezifiziert / nicht anwendbar

**f) Tätig im kommenden Jahr in:**

**Bezahlter Tätigkeit**

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche

regelmäßig an  Tagen / Woche

in geschützter Tätigkeit

auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung

Erster Arbeitsmarkt

Zuverdienst  Mutterschutz

Sonstiges:

**Unbezahlter Tätigkeit**

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche

regelmäßig an  Tagen / Woche

Versorgung von Angehörigen / Kindern

Praktikum

Förderungsmaßnahme

ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

**Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung**

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche

regelmäßig an  Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

Berufliche Weiter- oder Ausbildung

Stärkung sozialer Kompetenz

Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

**Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur**

(nur ausfüllen wenn andere Bereiche nicht zutreffen)

**g) aktivierbare Hilfen im Umfeld**

**h) Vorgehen**

Name
  
Vorname
  
Zeitraum bis

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

Angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot

**a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination**

**b) Selbstversorgung / Wohnen**

**c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur**

**d) Freizeit / Persönliche Interessen /  
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

**Pflegerische Unterstützung nach SGB XI**

Nachtwache     Bereitschaftsdienste nachts

**12. Erbringung durch:**

Benennung: Einrichtung / Dienst / selbstorganisierte Assistenz / s.o. Assistenz zur Selbständigkeit

**a)**

**b)**

**c)**

**d)**

**13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**

**Zyklus**

**Höhe des Aufwands**

**a)**


**b)**


**c)**


**d)**


**14. Bisherige Erfahrungen der antragstellenden Person mit Hilfen:**

**15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von  Mitarbeiter\*in  Angehörige:**

**16. Leiter\*in des Verfahrens**
  
 Name

  
 Telefon

  
 Anschrift
**Bogenassistentz**
  
 Name

  
 Telefon

  
 Anschrift
**Vertretung  
Bogenassistentz**
  
 Name

  
 Telefon

  
 Anschrift

**Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart:**  nein  ja  
 unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

**17. Antragsteller\*in:** Den ITP habe ich am  erhalten.

Der ITP wird zur Durchführung der Maßnahmen / Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch XII (ab 2020 SGB 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:

Gesetzliche/-r Betreuer\*in:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

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

**18. Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung / Datenschutz**

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

**19. Abschluss des ITP-Verfahrens**


Datum

Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens

Unterschrift antragstellende Person bzw. gesetzl. Vertr.

Name

Vorname

## 20. Zusatzblatt

für den Zeitraum vom:  bis: **Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:****Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):**

- A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- B** (Vorgeschichte / Beruf)
- C** (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- PU** (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens:

Name

Vorname

**21. Bewertung des ITP**

Plan für den Zeitraum vom:  bis:

Bereich a):  
Übergreifende  
persönliche Ziele:

<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>

Bereich b):  
Selbstversorgung /  
Wohnen:

<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>

Bereich c):  
Arbeit und Beschäftigung /  
Tagesstruktur:

<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>

Bereich d): Freizeit /  
persönliche Interessen /  
Teilhabe am gesellschaft-  
lichen Leben:

<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>Ziel:</b>	<input type="text"/>	<b>Indikator:</b>	<input type="text"/>
Antragsteller*in: Ziel wurde:	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>
<b>EGH: Ziel wurde:</b>	<input type="text"/>	Ziel soll:	<input type="text"/>

Bewertung aus Sicht der antragstellenden Person:

Gravierende Veränderungen / Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

**Bearbeiter\*in:**

Datum der Auswertung:

Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens

**Weitergewährung EGH wird beantragt.**

Unterschrift antragstellende Person bzw. gesetzl. Vertr.