|  |
| --- |
| Name, Vorname      ,       Az.       |

|  |
| --- |
| [ ]  Erste Zielplanung [ ]  Fortschreibung zusammengefasst am:       von       |
| **Leitziel** |
| **Lebens-bereich** das Ziel betrifft folgende(n) Lebensbereich(e) (Ziffer(n) angeben): | **Rahmen-/ Ergebnisziel(e)**(S.M.A.R.T formulieren) | **Wie wichtig ist das Ziel?**Bedeutungsgradwenig sehr wichtig | **Anmerkungen** |
| LB Ziffer(n) |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]   |       |
| LB Ziffer(n)  |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |       |
| LB Ziffer(n)  |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |       |
| LB Ziffer(n)  |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |       |
| LB Ziffer(n)  |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |       |
| LB Ziffer(n)  |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |       |
| LB Ziffer(n)  |      [ ]  Entwicklungs-/Veränderungsziel[ ]  Erhaltungs-/Stabilisierungsziel  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |       |

Hiermit bestätige ich, dass ich an der Erstellung der Bedarfserfassung und den geplanten Ziele mitgewirkt habe.

Datum der Zielplanung: Datum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| **Unterschrift des/der Leistungsberechtigten** |  | Unterschrift gesetzliche Betreuung, bevollmächtigte Person, Personensorgeberechtigte |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Unterschrift weitere\*r Gesprächsteilnehmer\*in  |  | Name, Funktion |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Unterschrift weitere\*r Gesprächsteilnehmer\*in  |  | Name, Funktion |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Unterschrift weitere\*r Gesprächsteilnehmer\*in  |  | Name, Funktion |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Unterschrift weitere\*r Gesprächsteilnehmer\*in  |  | Name, Funktion |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters  |  |  |