|  |
| --- |
| Name, Vorname      ,       Az.       |
| **Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom**       **wird im Ergebnis Folgendes empfohlen:** |
| [ ]  Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung[ ]  Eingliederungshilfe nachrangig; Zuständiger / Vorrangiger Leistungsträger:      [ ]  Antrag wurde zurückgenommen am      [ ]  **Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 54 SGB XII** |
| **Gründe für die Entscheidung / Zusammenfassung der Entscheidung:**      |
| **Empfehlungen wie nachfolgend angegeben:** |

|  |
| --- |
| **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** **Sozialhilfe: § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i. V. m. §§ 55 ff. SGB IX (in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)****andere Reha-Träger: Leistungen zur sozialen Teilhabe § 5 Nr. 5 SGB IX / §§ 76 ff. SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung)** |
| **Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 2 und § 56 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung) – soweit nicht anders angegeben** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. Leistungs-typ** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |        |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |        |
| [ ]  teilstationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |       |
| [ ]  stationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |       |
| Sonstige      | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 3, 6 und 7 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung) – soweit nicht anders angegeben** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. Leistungs-typ** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |        |
| [ ]  stationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |       |
| Sonstige      | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Tagesstrukturierende Leistungen (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 3 und 7 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)**  |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. Leistungs-typ** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | [ ]  teilstationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |       |
| Sonstige      | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Weitere ambulante Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)**  |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **Leistungstyp bzw. Leistungsart und Rechtsgrundlage** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |        |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Weitere ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe (Die Zuordnung zur jeweiligen Anspruchsgrundlage ist vom Einzelfall abhängig)** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **Leistungs-typ bzw. Leistungsart und Rechts-grundlage** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |        |
|       | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |        |
|       | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Hilfen zur angemessenen Schulbildung und zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf** **Sozialhilfe: § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII****Andere Reha-Träger: Leistungen zur Teilhabe an Bildung § 5 Nr. 4 SGB IX / § 75 SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung)** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. Leistungs-typ** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |        |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |        |
| [ ]  teilstationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |        |
| [ ]  stationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |       |
| Sonstige      | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |
| **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM nach § 54 Abs. 1 S. 1 in Verbindung mit § 140 SGB XII) und Leistungen nach § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 bis 5 SGB XII****andere Reha-Träger: Leistungsbereich § 5 Nr. 2 SGB IX / §§ 49 ff. SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung)** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. Leistungs-typ** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | [ ]  ambulant | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |
|       | [ ]  ambulant | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |
|       | [ ]  ambulant | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung      |       |             |       |
| [ ]  teilstationär | Wählen Sie ein Element aus.ggf. Erläuterung:      |       |             |       |
| [ ]  stationär | (In Nds. nach FFV LRV keine Leistungstypen vereinbart)      |       |             |       |
| Sonstige      | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation****Sozialhilfe: § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. §§ 26 ff SGB IX (in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)****andere Reha-Träger: Leistungsbereich § 5 Nr. 1 SGB IX / §§ 42 ff. SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen****Fassung)** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. Leistungs-typ** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | (In Nds. keine Leistungstypen vereinbart)      |       |             |        |
|       | Wählen Sie ein Element aus. | (In Nds. keine Leistungstypen vereinbart)      |       |             |       |
| [ ]  teilstationär | (In Nds. nach FFV LRV keine Leistungstypen vereinbart)      |       |             |       |
| [ ]  stationär | (In Nds. nach FFV LRV keine Leistungstypen vereinbart)      |       |             |       |
| Sonstige      | Wählen Sie ein Element aus. |       |       |             |       |

|  |
| --- |
| **Sonstiges** |
| **Leistung** | **Leistungsform** | **ggf. FLS / Betrag** | **von bis** | **Leistungserbringer / andere(r) Leistungsträger****(ggfs. Angebotsnummer nach Quotas)** | **Beschreibung / Anmerkungen** |
|       | Wählen Sie ein Element aus. |       |             |       |       |

|  |
| --- |
| **Weitere Leistungen nach dem SGB XII (z.B. Hilfe zur Pflege, existenzsichernde Leistungen)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Datum der nächsten Überprüfung**       |

|  |
| --- |
| Datum, Unterschrift(en) und Funktion der Bearbeiterin(nen)/ des oder der Bearbeiter(s) Datum  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teilhabeplankonferenz gem. § 20 SGB IX:**Die Voraussetzungen für ein Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX) sind[ ]  erfüllt.[ ]  nicht erfüllt **(w*eiter mit Gesamtplankonferenz).***Eine Teilhabeplankonferenz ist[ ]  nicht erforderlich. [ ]  erforderlich. [ ]  erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der  Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz[ ]  liegt vor (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).[ ]  liegt nicht vor; **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz[ ]  wurde von der leistungsberechtigten Person vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX), ist jedoch **nicht** erforderlich, da [ ]  der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich  ermittelt werden kann, [ ]  der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der  beantragten Leistung steht oder [ ]  eine Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX nicht erteilt wurde.[ ]  Die leistungsberechtigte Person wurde über die maßgeblichen Gründe im Rahmen  eines Anhörungsverfahrens informiert (§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).[ ]  wurde von einem beteiligten Rehabilitationsträger       und/oder dem Jobcenter        vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Von dem Vorschlag wird abgewichen, da  [ ]  der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich  ermittelt werden kann, [ ]  der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der  beantragten Leistung steht oder [ ]  die Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX von der leistungsberechtigten Person **nicht**  erteilt wurde.**Gesamtplankonferenz gem. § 143 SB XII:**Eine Gesamtplankonferenz ist[ ]  erforderlich.  Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person  [ ]  liegt vor (§ 143 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). [ ]  liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**[ ]  erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der  Versorgung und Betreuung ihres/ihrer Kindes/Kinder beantragt wurden (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII). Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person  [ ]  liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 1 SGB XII). [ ]  liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfe [ ]  durch andere Leistungsträger      ,[ ]  durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld       oder[ ]  ehrenamtlich      gedeckt werden können. Die vorstehend genannten Leistungsträger, ehrenamtlichen Stellen und/oder Personen werden entsprechend beteiligt. Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person  [ ]  liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII). [ ]  liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**[ ]  Es liegt kein Fall nach § 143 Abs. 4 SGB XII vor. Die Gesamtplankonferenz[ ]  erfolgt auf Vorschlag der leistungsberechtigten Person (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 1 SGB XII)[ ]  erfolgt auf Vorschlag der folgenden beteiligten Rehabilitationsträger     . Die  leistungsberechtigte Person hat zugestimmt (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 i. V. m § 143 Abs. 1 S. 1 SGB XII).[ ]  Die Gesamtplankonferenz wird mit der Teilhabeplankonferenz verbunden (§ 143 Abs. 3 Satz 1 SGB XII) Eine Gesamtplankonferenz ist **nicht** erforderlich, da[ ]  der zur Feststellung der Leistung maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,[ ]  der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der  beantragten Leistung steht     ,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der Bearbeiterin / des Bearbeiters |

 |