|  |
| --- |
| 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 | |