

Name, Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Az.

Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom <input type="text"/> wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:						
<input type="checkbox"/> Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe nachrangig <input type="text"/> Zuständiger / Vorrangiger Leistungsträger: <input type="checkbox"/> Antrag wurde zurückgenommen am <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 54 SGB XII Empfehlungen wie nachfolgend angegeben:						
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation						
Leistung	Umfang	ggf. FLS / Betrag	von	bis	Leistungserbringer	
Sonstige						
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Leistungen im Arbeitsbereich						
Leistung	ggf. Leistungstyp	Umfang	ggf. FLS / Betrag	von	bis	Leistungserbringer
		bitte auswählen				
		bitte auswählen				
Sonstige						
Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft						
Leistung	ggf. Leistungstyp	Umfang	ggf. FLS / Betrag	von	bis	Leistungserbringer
		bitte auswählen				
		bitte auswählen				
Sonstige						
Hilfen zur angemessenen Schulbildung und zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf						
Leistung	ggf. Leistungstyp	Umfang	ggf. FLS / Betrag	von	bis	Leistungserbringer
		bitte auswählen				
		bitte auswählen				
Sonstige						
Die Leistungen werden in Form eines Persönlichen Budgets / im Rahmen der Poolbildung gewährt						
Leistung	ggf. Leistungstyp	Umfang	ggf. FLS / Betrag	von	bis	Leistungserbringer
		bitte auswählen				
Sonstiges						
Leistung	ggf. Leistungstyp	Umfang	ggf. FLS / Betrag	von	bis	Leistungserbringer
		bitte auswählen				
Datum der nächsten Überprüfung						

Ort, Datum

Unterschrift Bearbeiter*in