

Gesamt- bzw. Teilhabeplan

Zusammenfassung der festgestellten Leistungen

Aktenzeichen:	
Datum des vorliegenden Antrags:	
Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Gesamtplanung verantwortlichen Träger der Eingliederungshilfe:	
<input type="checkbox"/> Erster Gesamtplan vom:	<input type="checkbox"/> Fortschreibung des Gesamtplans vom:
<input type="checkbox"/> Erster Teilhabeplan vom:	<input type="checkbox"/> Fortschreibung des Teilhabeplans vom:
Beginn der Gesamtplanung am:	Beginn der Teilhabeplanung am:
Termin der Wiedervorlage/Wirkungskontrolle:	

1. Angaben zur nachfragenden Person

Name, Vorname(n):
Straße, Hausnummer:

2. Wurden neben dem Träger der Eingliederungshilfe noch andere öffentliche Stellen an der Gesamtplanung beteiligt?

Beteiligung:			Ergebnisse der Beteiligung
Pflegekasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Integrationsamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Jobcenter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Betreuer*in bzw. Betreuungsbehörde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Träger der Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Sonstige öffentliche Stellen und zwar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....

3. Feststellungen zum Grundsicherungsbedarf und zum Lebensunterhalt in besonderen Wohnformen

- Dem Antragsteller obliegt eine Mietverpflichtung in Höhe von _____ €.
- Es werden gesondert ausgewiesene zusätzliche Kosten nach § 42a Abs. 5 S. 4 Nr. 1-4 SGB XII anerkannt.
- Es entstehen Mietaufwendungen, welche die nach § 42a SGB XII angemessenen Kosten der Unterkunft um mehr als 25 % überschreiten.
- Die übersteigenden Kosten werden übernommen.

Verbleibender Regelsatz in Höhe von _____ € pro Monat als Barmittel nach § 121 Abs. 4 Nr. 6 SGB IX i. V. m. § 27a Abs. 3 SGB XII.

Ergänzende Bemerkungen:

.....

4. Hat eine Gesamtplankonferenz stattgefunden?

<input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein, weil:
----------------------------------	--------------------------------------

Gesamt- bzw. Teilhabeplan

5. Nach § 15 SGB IX beteiligte Rehabilitationsträger – Feststellungen der/des beteiligten Rehabilitationsträger/s (Ist nur auszufüllen, wenn ein Teilhabeverfahren durchgeführt wird!)

Beteiligte Rehabilitationsträger	Splitting gem. § 15 Abs. 1	Beteiligung gem. § 15 Abs. 2	Leistungserbringung im eigenen Namen gem. § 15 Abs. 3 S. 1	Zeitpunkt der Beteiligung	Zeitpunkt der Rückmeldung
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....

6. Hat eine Teilhabekonferenz stattgefunden?

<input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein, weil:
----------------------------------	--------------------------------------

- Bei der Bedarfsfeststellung wurden alle in Betracht kommenden Leistungen von allen möglichen Rehabilitationsträgern berücksichtigt.
- Die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die zustehenden Leistungen erbracht werden.
- Der Antragsteller/die Antragstellerin ist damit einverstanden, dass die Leistungen vom jeweils zuständigen Rehabilitationsträger erbracht werden.

7. Zusammenfassung der insgesamt festgestellten Bedarfe (im Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren) mit Bezug zu den (Teilhabe-)Zielen und geäußerten Wünschen der Antragstellerin/des Antragstellers

8. Weitere zentrale Aspekte

a) Wurden die Aktivitäten der leistungsberechtigten Person berücksichtigt?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	
b) Verfügt die leistungsberechtigte Person über aktivierbare Selbsthilferessourcen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	
c) Gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit liegt vor?	
<input type="checkbox"/> ja, vom:	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	
d) Sozialmedizinische/s Gutachten liegen/liegt vor?	
<input type="checkbox"/> ja, vom:	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	

9. Planung/Ausgestaltung und zeitlicher Bezug der Leistungserbringung im Rahmen des Gesamtplan- und Teilhabeverfahrens

Art und Umfang der Leistung	Rehabilitations-träger	Leistungskoordination: Angaben zur inhaltlichen und zeitlichen Verknüpfung der Leistungen	Zeitraum und Ort der Leistung	Name und Anschrift der vorgesehenen Leistungserbringer

10. Das Wunsch- und Wahlrecht gem. § 8 SGB IX in Bezug auf pauschale Geldleistung als persönliches Budget wurde berücksichtigt

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil:
-----------------------------	--

11. Eingesetzte Verfahren und Instrumente sowie Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle

--

12. An der Erstellung des Gesamt- bzw. Teilhabeplans haben mitgewirkt

- die leistungsberechtigte Person
- die Person seines Vertrauens
- andere Beteiligte und zwar:

13. Gesamt- bzw. Teilhabeplan wurde erstellt von:

Name:
Institution/Anschrift:
Tel./Fax/E-Mail:
Unterschrift des/der Fallmanager*in

14. Einwilligungserklärung

Hinweis: Vor dem Hintergrund des durch die EU-DSGVO ab Mai 2018 geänderten Datenschutzrechts werden konkrete Formulierungsvorschläge für Einwilligungserklärungen zeitnah in einem eigenständigen Vorhaben trägerübergreifend erörtert und abgestimmt. Bis auf weiteres werden an dieser Stelle trägerspezifische Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung (u. a. Datenerhebung, -verwendung, -übermittlung) verwendet.

Information

Es gelten die Pflichten zur Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung, über die ich im Rahmen der Antragstellung informiert wurde.

Unterschrift der nachfragenden Person