Sozialdaten

Vom: bis: | Geburtsdatum | Geschlecht

Lebenssituation

Name Erziehende | Verwandtschaftsstatus | Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Straße | Postleitzahl | Wohnort

E-Mail | Telefon

Sorgerechtssituation: ☐ alleinig ☐ gemeinsam

Wirkungs- / Aufgabenkreis:

☐ vollumfänglich
☐ oder Teile der Sorge:

Name der 1. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

☐ vollumfänglich
☐ oder Teile der Sorge:

Name der 2. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

Gegebenenfalls weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte (z. B. Amtsvormundschaft / Amtspflege) für das KiJu:

Aktuelle Familiensituation (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

Beeinträchtigung des Kindes / Jugendliche:

☐ körperlich ☐ Sinne
☐ geistig
☐ Lernbeeinträchtigung
☐ emotionale/seelische Beeinträchtigung/traumatisches Erleben ☐ Grad d. Behinderung, MZ: Pflegegrad:
☐ Zurückstellung Schulbesuch ☐ Pflegegrad abgelehnt ☐ Pflegegrad nicht beantragt

Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:

Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel
(z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Übertragung von Angaben / Diagnosen aus dem fachärztlichen Gutachten (u.a. ICD 10)

Körperfunktionen (z. B. Globale und spezifische mentale Funktionen; Sinnesfunktionen und Schmerz, Stimm- und Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen Immun- und Atmungssystem, Funktionen des Verdauungs-Stoffwechsels und endokrinen Systems einschließlich urogenital und reproduktives System; neuromuskoskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde):

Körperstrukturen ICF-CY (z. B. Gehirn, Auge, Ohr einschl. in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind, Strukturen des kardiovaskulären, Immun- und Atmungssystems; mit Verdauung, Stoffwechsel, und urogenitalen/ reproduktiven in Zusammenhang stehende Strukturen; mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen der Haut/Hautanhangsgebilde):

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

1) Entwicklungsfokus des Kindes / Jugendlichen:

2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

3a) Lebensort des Kindes / Jugendlichen:

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

3b) Erziehungssituation:

4) Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes

a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:

b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Umgang mit Behörden (e 570), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), usw.:

c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen zum Kind aus den Bereichen: Familie (e310, e315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Pädagogen, z. B. Kita (e360), usw.:

5) Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte in der Zielvereinbarung sowohl auf die Ziele des Kindes / Jugendlichen als auch auf die Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten eingehen und dies kenntlich machen.

a) Persönliche Ziele:

Ziel **a1:**

Indikator:

Ziel **a2:**

Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel **b1:**

Indikator:

Ziel **b2:**

Indikator:

c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit:

Ziel **c1:**

Indikator:

Ziel **c2:**

Indikator:

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel **d1:**

Indikator:

Ziel **d2:**

Indikator:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

ICF Kapitel Aktivität

1. Lernen / Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Häusliches Leben
7. Interpersonelle Interaktionen
8. Bedeutende Lebensbereiche
9. Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

ERLÄUTERUNGEN

–	keine Beeinträchtigung
v	verzögert
•	leichte Ausprägung
••	mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
•••	erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
••••	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
Ø	nicht anwendbar / feststellbar
i	weitere Informationen nötig

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

–	keine aktivierbare Hilfe
•	mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
••	mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
•••	Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

–	keine Hilfe erforderlich / erwünscht
•	Information, Orientierung, Anleitung
••	Kompensation / Übernahme
•••	individuelle Planung und Feedback
••••	begleitende, übende Unterstützung
•••••	regelmäßige und personenbez. Hilfe
+	selbstorganis. Assistenzleistung
++	s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten ☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)	Fähigkeiten ☑		Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung: Wer bzw. was?			Ggf. prof. Kommentar
b1263 Psychische Stabilität						
b130 Antrieb						
b1303 Drang nach Suchtmitteln						
b1304 Impulskontrolle						
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit						
b144 Funktionen des Gedächtnisses						
b152 Emotionales Erleben						
b163 Höhere kognitive Funktionen						
1						
1 d135 Üben						
1 d155 Sich Fertigkeiten aneignen						
1						
1 d166 Lesen						
1 d170 Schreiben						
1 d172 Rechnen						
2						
2						
3						
3						
3						
3 d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen						
3						
4						
4 d 440 Feinmotorischer Handgebrauch						
4 d 450 Gehen						
4						
4						
5 d510 Sich waschen						
5 d530 Die Toilette benutzen						
5 d540 Sich kleiden						
5 d550 Essen und d560 Trinken						
5 d570 Auf seine Gesundheit achten						
5 d571 Auf eigene Sicherheit achten						
6 d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen						
6 d630 Mahlzeiten vorbereiten						
6 d640 Hausarbeiten erledigen						
6 d660 Anderen helfen						
6						
7 d710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten						
7						
7 d740 Formelle Beziehungen						
7 d750 Informelle soziale Beziehungen						
7 d760 Familienbeziehungen						
7 d770 Intime Beziehungen						
8 d820 Schulbildung						
8						
8 d835 Schulleben und damit verbundene Aktivitäten						
8 d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit						
8 d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden						
8						
8						
8						
9 d910 Gemeinschaftsleben						
9 d920 Erholung und Freizeit						
9 d930 Religion und Spiritualität						

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Bildung / Tagesstruktur / Arbeit *

a) Ziele von KiJu:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich:

Persönliche Situation:

Soziale Beziehungen:

Einschränkungen bei Bildung / Tagesstruktur / Arbeit:

Umweltfaktoren:

c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Bildung / Tagesstruktur / Arbeit

Ziel **c1**:

Ziel **c2**:

Indikator **c1**:

Indikator **c2**:

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

☐	Antrieb (b130)	☐	Feinmotorischer Handgebrauch (d440)
☐	Aufmerksamkeit (b140)	☐	Transportmittel benutzen (d470)
☐	Lesen lernen (d140)	☐	Informelle Bildung (d810)
☐	Schreiben lernen (d145)	☐	Vorschulerziehung (d815)
☐	Rechnen lernen (d150)	☐	Schulbildung (d820)
☐	Probleme lösen (d175)	☐	Theoretische Berufsausbildung (d825)
☐	Mit Stress und Krisen umgehen können (d240)	☐	Höhere Bildung (d830)
☐	Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d430)	☐	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)

–	keine Beeinträchtigung
v	verzögert
•	leichte Ausprägung
••	mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
•••	erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
••••	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
Ø	nicht anwendbar / feststellbar
i	weitere Informationen nötig

f) Planung für das kommende Jahr:

Schulbildung / Berufsausbildung (Umfang der Beeinträchtigung) ☐

Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

- ☐ Berufliche Weiter- oder Ausbildung
- ☐ Stärkung sozialer Kompetenz
- ☐ Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

Bezahlte Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) ☐

Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche

- ☐ auf dem 2. Arbeitsmarkt
- ☐ auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- ☐ Erster Arbeitsmarkt

Unbezahlte Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) ☐

Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche

- ☐ Versorgung von Angehörigen / Kindern
- ☐ Praktikum
- ☐ ehrenamtliche Tätigkeit:

g) Vorgehen

Vorgehen für Ziel **c1**:

Vorgehen für Ziel **c2**:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

***Bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen.**

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche: (Bitte angeben, ob Einzelangebot, Kleinstgruppe, mit Einzelassistenz oder Gruppenangebot)	12. Erbringung durch: Nennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Nichtfachkraft selbständig (mit Assistenz)	13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs (Zyklus, Höhe des Aufwands)
a) Persönliche Ziele inklusive Koordination	a)	a) Zyklus Aufwand
b) Selbstversorgung / Wohnen	b)	b) Zyklus Aufwand
c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit	c)	c) Zyklus Aufwand
d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben		d) Zyklus Aufwand

Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen

☐ Nachtwache ☐ Bereitschaftsdienst nachts ☐ Bereitschaftsdienst Wochenende ☐ Rufbereitschaft ☐ Krisendienste

Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

14. Bisherige Erfahrungen der Sorgeberechtigten / Jugendlichen mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von

☐ Sorgeberechtigten ☐ Fachkräften ☐ ggfs. auch Kind / Jugendliche(r)

Ergänzende Hinweise des Bedarfsermittlers:

16. Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Koordinierende Fachkraft:

Name

Kontaktdaten

Vertretung:

Name

Kontaktdaten

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

☐ schriftlich
☐ mündlich
☐ in Gesamtplankonferenzen

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

17. Erklärung der sorgeberechtigten Person

Der Weitergabe des ITP wurde zugestimmt**:**

☐ Leistungserbringer:
☐ Leistungsträger:
☐ Sonstige:

Ggf. keine Weitergabe an:

☐ Der/die Sorgeberechtigte verzichtet auf die Übersendung des ITP.

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP Ki/Ju wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- ☐ **C** Herausforderndes Verhalten
- ☐ **P** Pflegerische Unterstützung
- ☐ **A** Abhängigkeit
- ☐ **B** Vorgeschichte Beruf

Datum / Unterschrift

Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis

ZEITRAUM von: bis:

a) Persönliche Ziele

Ziel: **Indikator:**

Ziel **a1** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: **Indikator:**

Ziel **a2** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

b) Wohnen, Selbstversorgung

Ziel: **Indikator:**

Ziel **b1** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: **Indikator:**

Ziel **b2** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit

Ziel: **Indikator:**

Ziel **c1** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: **Indikator:**

Ziel **c2** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

d) Freizeit

Ziel: **Indikator:**

Ziel **d1** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: **Indikator:**

Ziel **d2** wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Bewertung Bezugsperson / Sorgeberechtigter / ggf. Kind / Jugendliche(r):

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum: BearbeiterIn:

Unterschrift Leistungsträger: