für den Zeitraum von: bis: Akt.-Z.:

1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

eMail

Telefon mobil Telefon Festnetz

geboren am Geburtsort

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ sonstiges ☐

Familienstand Staatsangehörigkeit

Schulbildung Kein Schulabschluss ☐ Abschluss Förderschule ☐

Beruf

Eigene Kinder: nein ☐ ja ☐ Anzahl:

Im Haushalt lebende Kinder: ja ☐ Anzahl:

Ergänzende Bemerkungen (z. B. Alter der Kinder)

Nächste Angehörige (bzw. nächste Bezugsperson):

Name Verwandtschaftsstatus

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon eMail

☐ **Gesetzliche Betreuung** ☐ Bevollmächtigung

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon / FAX

eMail

Wirkungs-/Aufgabenkreis der Betreuung oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellungsurkunde):

☐ Vermögensvorsorge ☐ Rentenangelegenheiten

☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Post

☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht ☐ Gesundheitsfürsorge

☐ Behördenangelegenheiten ☐ Einwilligungsvorbehalt

2. Bisherige und aktuelle Unterstützungsleistungen / Situation

Welche Hilfen / Leistungen wurden in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?

Wurden konkrete Abstimmungen / Absprachen getroffen (Wer war beteiligt)?

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

☐ schriftlich ☐ mündlich

☐ in Gesamtplankonferenzen

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

Gab es bisher eine koordinierende Person für die Teilhabeplanung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, folgende Stelle / Person:

Vorrangige Beeinträchtigung:

☐ körperlich
☐ geistig
☐ psychisch
☐ Sinne
☐ Abhängigkeit

Begleitende Beeinträchtigungen:

☐ körperlich
☐ geistig
☐ psychisch
☐ Sinne
☐ Abhängigkeit

☐ **Liegt ein ärztliches / sozialmedizinisches Gutachten vor?**

☐ GdB vorhanden, Grad: Merkzeichen:

☐ Leistungen nach SGB XI

Pflegegrad

☐ Leistungen nach SGB V
☐ Leistungen nach SGB VIII
☐ Leistungen nach SGB II
☐ Leistungen nach SGB XII

ggf. Erläuterungen / Diagnosen:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

3. Ziele und Wünsche von Herrn / Frau:

Name

Vorname

Zielbereiche:	**a)** Persönliche Interessen / Teilhabe am ges. Leben / Freizeit	**b)** Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit	**c)** Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung
Welche Veränderungen sind im Planungszeitraum vorgesehen?			
Langfristig geplante Veränderungen:			

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

Folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die Ziele und Wünsche des Leistungsberechtigten sowie auf ihre Voraussetzungen zur Gesamt-/Teilhabeplanung beziehen.

Übergreifende persönliche Situation:

Aktuelle Probleme der Teilhabe
aus den Bereichen: Kommunikation (e 125), Mobilität (e 120), allgem. Aufgaben, Lernen, Selbstversorgung, häusliches Leben, Beziehungen, besondere Lebensbereiche, Bildung / Arbeit:

Unterstützung und Barrieren im Umfeld
aus den Bereichen: Materielle Situation (e 165), Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125), Hilfsmittel (e 115):

Unterstützung oder Beeinträchtigung in Beziehungen
aus den Bereichen: Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320), Hilfspersonen (e 340), Nachbarn / Kollegen (e 325), Vorgesetzte (e 330):

5. Teilhabeziele in den Bereichen:

In den Textfeldern stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und konkrete Indikatoren eintragen:

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel:
Indikator:

Ziel:
Indikator:

Ziel:
Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit:

Ziel:
Indikator:

Ziel:
Indikator:

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:

Ziel:
Indikator:

Ziel:
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

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
- • leichte Ausprägung
- •• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- ••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- •••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- Ø nicht spezifiziert / nicht anwendbar

8. Hilfen im Umfeld

- **A** Umfeld-Hilfe vorhanden
- **B** mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- **C** mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- **D** keine aktivierbare Hilfe

9. Art d. Unterstützung / SGB IX

1. nicht erforderlich / erwünscht
2. Information, Orientierung, Anleitung
3. Kompensation / Übernahme
4. individuelle Planung und Feedback
5. begleitende, übende Unterstützung
6. personengebundene Unterstützung
7. Persönliches Budget

	Fähigkeiten ☑		Wer?	
Orientierung zeitlich (b 1140)				
Orientierung räumlich (b 1141)				
Psychische Stabilität (b 1263)				
Drang nach Suchtmitteln (b 1303)				
Impulskontrolle (Selbst- / Fremdschädigung) (b 1304)				
Aufmerksamkeit (b 140)				
Gedächtnis (b 144)				
Emotionales Erleben (b 152)				
Inhalt und Kontrolle des Denkens (b 160 ff)				
Höhere kognitive Funktionen (b 164)				
Funktion des Sehens (b 210)				
Funktion des Hörens (b 230)				
Funktionen des Gehens (b 770)				
Antrieb (b 130 ff)				
1 Lesen und Schreiben (d 166, d 170)				
1 Rechnen, Zahlenverständnis (d 172)				
1				
2 Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)				
2				
3 Kommunikation (d 310, d 330)				
3				
4 Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)				
4 sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (d 460)				
4 Transportmittel benutzen (d 470)				
4				
5 sich waschen und den Körper pflegen (d 510, d 520)				
5 die Toilette benutzen (d 530)				
5 sich kleiden (d 540)				
5 Essen, Essverhalten (d 550)				
5 Trinken (d 560)				
5 auf seine Gesundheit achten (d 570)				
5				
6 Einkaufen (d 620)				
6 Mahlzeit zubereiten (d 630)				
6 Hausarbeit. erled. und Haushaltsgegstände pflegen (d 650, d 640)				
6				
7 Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)				
7 Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)				
7 Formelle Beziehungen Arbeit (d 740)				
7 Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 750)				
7 Familienbeziehungen (d 760)				
7 Partnerbeziehungen (d 770)				
7				
8 Schulbildung / Berufsausbildung (d 825, 830, 839)				
8 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)				
8 Aufgaben des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)				
8 bezahlte Tätigkeit (d 850)				
8 unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)				
8 Umgang mit Geld / Kontoführung (d 860, d 865)				
8				
9 Gemeinschaftsleben (d 910)				
9 Erholung und Freizeit (d 920)				
9 Religion und Spiritualität (d 930)				
9 Bürgerrechte (d 950)				
9				
Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)				
Arztbesuche (e 580)				

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

a) Ziele:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftgung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

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

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten (☑) und Beeinträchtigungen

☐	☐	Transportmittel benutzen (d 470)	☐	☐	Einzelaufgaben übernehmen (d 210)
☐	☐	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)	☐	☐	Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)
☐	☐	Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845)	☐	☐	Tägliche Routine durchführen (d 230)
☐	☐	Antrieb (b 130)	☐	☐	Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)
☐	☐	Aufmerksamkeit (b 140)	☐	☐	Probleme lösen (d 175)
☐	☐	Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	☐	☐	Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

ERLÄUTERUNGEN

–	keine Beeinträchtigung
•	leichte Ausprägung
••	mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
•••	erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
••••	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
Ø	nicht spezifiziert / nicht anwendbar

f) Planung für Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur:

Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung / höhere Bildungswege

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

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

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

Umfang der Beeinträchtigung:

Sonstiges:

Bezahlte Tätigkeit

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

- ☐ auf dem besonderen Arbeitsmarkt
- ☐ auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- ☐ Erster Arbeitsmarkt

Umfang der Beeinträchtigung:

Sonstiges:

Unbezahlte Tätigkeit

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

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

Umfang der Beeinträchtigung:

Sonstiges:

Beschäftigung Tagesstruktur

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

- ☐ Erwerb und Erhalt sozialer Kompetenz
- ☐ Erwerb und Erhalt von praktischen Fähigkeiten

Umfang der Beeinträchtigung:

Sonstiges:

g) aktivierbare Hilfen im Umfeld

h) Vorgehen

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

* Gegebenenfalls bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen.

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot).

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

12. Erbringung durch

(Einrichtung, Dienst, Fachkraft, Mitarbeiter, Persönl. Budget)?

a) Erbringer:

13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Unterstützungs-Umfangs

Bitte auswählen

a) Zyklus: **a) Intensität:**

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit:

b) Erbringer:

b) Zyklus: **b) Intensität:**

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:

c) Erbringer:

c) Zyklus: **c) Intensität:**

Leistungen, die Voraussetzung der Teilhabeleistung sind (z. B. Pflegerische Unterstützung oder andere Versorgungsleistungen)

☐ Nachtwache ☐ Bereitschaftsdienste nachts

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

14. Bisherige Erfahrungen der Leistungsberechtigten mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von ☐ Fachkraft ☐ Angehörige ☐ Gesetzliche Betreuer

16. Erklärung der leistungsberechtigten Person

Die im ITP formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen

☐ werden von mir unterstützt;

☐ können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

☐ **Ich bin damit einverstanden, dass der ITP den am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:**

Bitte hier die Beteiligten eintragen, denen der Teilhabeplan **nicht** zur Verfügung gestellt werden soll:

Vertrauensperson:

Name | Telefon | E-Mail

Anschrift

Weitere Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

☐ Ich will den abgeschlossenen ITP **erhalten.**

☐ Ich will den abgeschlossenen ITP **nicht erhalten.**

Datum | Datum | Datum

Unterschrift **Leistungsberechtigte*r** | Unterschrift **Vertrauensperson, ges. Betreuung** | Unterschrift **Mitarbeiter*in EGH**

17. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt:

18. Bewertung des ITP durch leistungsberechtigte Person

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel: **Indikator:**

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

Ziel: **Indikator:**

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

Ziel: **Indikator:**

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

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit

Ziel: **Indikator:**

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

Ziel: **Indikator:**

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

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Ziel: **Indikator:**

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

Ziel: **Indikator:**

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

Bewertung Leistungsberechtigte*r:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum: | Assistenz beim Ausfüllen durch:

☐ **Antrag auf Weiterbewilligung**

Unterschrift der / des Leistungsberechtigten:

19. Bewertung des ITP durch Leistungserbringer

(Nicht ausfüllen im Fall des „Persönlichen Budgets“)

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel: | **Indikator:**

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

Ziel: | **Indikator:**

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

Ziel: | **Indikator:**

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

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit

Ziel: | **Indikator:**

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

Ziel: | **Indikator:**

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

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Ziel: | **Indikator:**

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

Ziel: | **Indikator:**

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

Bewertung des Leistungserbringers:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Bearbeiter*in:

Auswertungsdatum: | Unterschrift Bearbeiter*in:

20. Bewertung des ITP durch Leistungsträger

a) Persönliche Interessen / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

b) Selbstversorgung / Wohnen / Häuslichkeit

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

Ziel: | **Indikator:**

Leistungsberechtigte/r: Z. wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungserbringer: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:
Leistungsträger: Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus:	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus:

Bewertung des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Zentrale Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum: | Bearbeiter*in:

☐ **Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt**

Unterschrift Leistungsträger: