1. Sozialdaten

Vom: bis:

Geburtsdatum | Geschlecht

Lebenssituation

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

Straße | Postleitzahl | Wohnort

E-Mail | Telefon

Sorgerechtssituation: ☐ alleinig ☐ gemeinsam

Wirkungs- / Aufgabenkreis:

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

☐ vollumfänglich
☐ oder Teile der Sorge:

Ggf. weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte (z. B. Amtsvormundschaft, -pflege) für Kind / Jugendlichen:

2. Aktuelle Familiensituation / Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

Aktuelle Situation in der Schule / Ausbildung:

☐ Zurückstellung Schulbesuch

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

Bisherige Abstimmungen:

(Drohende) Beeinträchtigung:	**Weitere:**
☐ körperliche Beeinträchtigung	☐ körperliche Beeinträchtigung
☐ seelische Beeinträchtigung	☐ seelische Beeinträchtigung
☐ geistige Beeinträchtigung	☐ geistige Beeinträchtigung
☐ Sinnesbeeinträchtigung	☐ Sinnesbeeinträchtigung

Gegebenenfalls Erläuterungen, z. B. ICD-Diagnosen / gesundheitliche Entwicklung:

Soz.-med. Stellungnahmen: ☐ ja ☐ nein / Datum: Bemerkungen:

GdB vorhanden? ☐ ja ☐ nein / Umfang: Merkzeichen:

Leistungen nach SGB XI: ☐ ja ☐ nein / Pflegegrad: ☐ Pflegegrad abgelehnt ☐ Pflegegrad nicht beantragt

Leistungen nach SGB V: ☐ ja ☐ nein / Bemerkungen:

Leistungen nach SGB VIII: ☐ ja ☐ nein / Bemerkungen:

Andere Leistungen:

Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

3. Ziele und Wünsche des Kindes / Jugendlichen:

Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

Lebensort des Kindes / Jugendlichen:

Erziehungs- und Bildungssituation:

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

4. Stichworte zur aktuellen Situation / **Umweltfaktoren** auch aus Sicht des Kindes / Jugendlichen

a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:

b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation:

c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen:

5. Vereinbarte Teilhabeziele in den Bereichen:

In den Textfeldern stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und konkrete Indikatoren eintragen (aus Sicht des Kindes / Jugendlichen, ggfs. aus Sicht der Sorgeberechtigten:

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

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

6. Personenbezogene Ressourcen

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

Was ist bei der Planung zu berücksichtigen?

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
v	verzögert
•	leichte Ausprägung
••	mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
•••	erheblich ausgepr. Beeinträchtigung
••••	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
Ø	nicht spezifiziert / nicht anwendbar
i	weitere Informationen nötig

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?		Ggf. prof. Kommentar	
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						
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	Hausarbeiten erledigen und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)					
6						
7	Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)					
7	Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)					
7	Formelle Beziehungen, z. B. Schule (d 740)					
7	Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 750)					
7	Familienbeziehungen (d 760)					
7	Intime Beziehungen (d 770)					
7						
8	Theoretische Berufsausbildung (d 825)					
8	Schulbildung (d 830, d 839)					
8	Unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)					
8	Elementare wirtschaftliche Transaktionen / Umgang mit Geld (d 860)					
8	Sich mit Spielen beschäftigen (d 880)					
8						
9	Gemeinschaftsleben (d 910)					
9	Erholung und Freizeit (d 920)					
9	Religion und Spiritualität (d 930)					
9	Bürgerrechte / Kinderrechte (d 950)					
9						
	Arztbesuche					
	Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden					
	Orientierung räumlich / zeitlich (b 114)					
	Psychische Stabilität (b 1263)					
	Antrieb (b 130 ff.)					
	Impulskontrolle (Selbst- / Fremdschädigung (b 1304)					
	Aufmerksamkeit (b 140)					
	Gedächtnis (b 144)					
	Emotionales Erleben (b 152)					
	Höhere kognitive Funktionen (b 164)					
	Beeinträchtigung Körperfunktionen					

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziele:

Aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Persönliche Situation in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Soziale Beziehungen in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Barrieren in Schule / Ausbildung / Tagesstruktur:

Umfeldfaktoren:

Konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Personenbezogene Ressourcen im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

☑ Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im Bereich Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

☐		Lesen und Schreiben lernen (d 140, d 145)	☐		Verbleiben Progr. / Schulbildung (d 8201)
☐		Rechnen lernen (d 150)	☐		Vorankommen Progr. / Schulbildung (d 8202)
☐		Probleme lösen (d 175)	☐		Abschließen Progr. / Schulbildung (d 8203)
☐		Einzelaufgaben übernehmen (d 210)	☐		Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)
☐		Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)	☐		Formelle Beziehungen, z. B. Lehrer (d 740)
☐		Tägliche Routine durchführen (d 230)	☐		Antrieb (b 130)
☐		Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)	☐		Aufmerksamkeit (b 140)
☐		Kommunikation (d 310 - d 349)	☐		Emotionale Funktionen (b 152)
☐		Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	☐		Funktionen des Denkens (b 160)
☐		Transportmittel benutzen (d 470)	☐		

Erläuterungen

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

Rahmenbedingungen / Perspektiven in Schulbildung / Berufsausbildung

Zeitlicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche
Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

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

Sonstiges:

Beschäftigung / Tagesstruktur / ggfs. berufliche Tätigkeit

Aktivierbare Hilfen im Umfeld

Vorgehen

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot / ggfs. Koordination).

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

b) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung:

c) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

Pflegerische Unterstützung / Erziehungsleistungen / weitere Versorgungsleistungen

☐ Nachtwache ☐ Bereitschaftsdienste nachts

12. Erbringung durch

(Einrichtung, Dienst, Fachkraft, Mitarbeiter, persönliches Budget)?

a) Erbringer:

b) Erbringer:

c) Erbringer:

c) Erbringer:

13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs

Bitte auswählen

a) Zyklus: **a) Intensität:**

b) Zyklus: **b) Intensität:**

c) Zyklus: **c) Intensität:**

c) Zyklus: **c) Intensität:**

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

14 a. Erfahrungen des Kindes / Jugendlichen mit Hilfen:

14 b. Erfahrungen der Sorgeberechtigten mit Hilfen:

15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von

☐ **Fachkraft**

☐

16. Erklärung der leistungsberechtigten Person / Sorgeberechtigten

Der ITP wird zur Durchführung der Maßnahmen / Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch IX benötigt.

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:

Sorgeberechtigt*e:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

☐ Wenn nicht einverstanden bitte die Beteiligten eintragen, welchen der Teilhabeplan nicht zur Verfügung gestellt werden soll:

Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung

Derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Er hat auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Werden diese Mitwirkungspflichten verletzt, kann der Sozialleistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

Alle gemachten Angaben in diesem ITP dienen der Planung der Teilhabeleistungen für den Vereinbarungszeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

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

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Unterschrift Kind / Jugendlicher

Unterschrift Mitarbeiter*in EGH:

Datum: Name:

17. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird / ggfs. Kinderzeichnungen beifügen:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt:

18. Bewertung des ITP durch Sorgeberechtigte / Kind / Jugendliche

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) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung

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) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

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 Bezugsperson / Sorgeberechtigter:

Bewertung Kind / Jugendliche*r:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum: | Bearbeiter*in:

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) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung

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) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

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) Wohnen / Häuslichkeit / Selbstversorgung

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) Bildung / Ausbildung / Tagesstruktur:

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: