

Gesamt- und Teilhabeplan zur Durchführung der Leistungen der Eingliederungshilfe

[Teilhabeplan-Saarland]

Träger der Eingliederungshilfe: Landesamt für Soziales des Saarlandes

Teil A: Gesamtplan / Teilhabeplan

Hilfeplangespräch unter Beteiligung von:

Datum und Ort des Hilfeplangesprächs:

Beratung zu:

Fand vor Antragstellung eine Erstberatung statt?

- Ja (Datum und Verweis auf Dokumentation zur Erstberatung)

- nein

I. Angaben zur Person

1.1 Persönliche Daten (Antragsteller/in/Leistungsberechtigte/r)

Name/Vorname

Geburtsdatum

Familienstand, seit:

Staatsangehörigkeit/Aufenthaltsstatus (ggf. Geltungsdauer)

Derzeitige Anschrift

Telefon

Herkunftsort (gA)

Angehörige/Bezugspersonen

(Name, Anschrift, Telefon, Verwandtschaftsverhältnis)

Gesetzlich bestellte Betreuer/-in oder sorgeberechtigte Personen

(Name, Anschrift, Telefon, Aufgabenbereiche)

Kranken-/Pflegekasse (Vers.-Nr.)

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Pflegegrad : _____ **seit:** _____

Höherstufung beantragt am:

Schwerbehindertenausweis:

Beantragt am:

GdB mit Merkzeichen:

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung

**Erwerbsstatus und Arbeitgeber/ Leistungsträger (erwerbstätig, arbeitslos,
arbeitsunfähig, Rente seit:)**

1.2 Befunde und Diagnosen

Aktuelle Diagnosen nach ICD- 10 :

1.3 Art der Behinderung

a. Art der Feststellung der Behinderung:

Begutachtung des medizinischen Dienstes am _____

Begutachtung i. R. d. Schwerbehinderungsfeststellung am _____
(sog. Grundsatzvermerk)

b. Art der Behinderung:

- | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |
| <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |
| <input type="checkbox"/> seelische Behinderung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> wesentlich | <input type="checkbox"/> drohend |

Zeitpunkt der Überprüfung einer drohenden Behinderung: _____

c. Vordergründige Behinderung:

1.4. Lebensumfeld

Lebensform (alleine, mit Partner, bei Angehörigen etc.)

Wohnsituation (eigene Wohnung, barrierefrei etc.)

Fördernde und hemmende Kontextfaktoren (fehlende Infrastruktur, Freizeitangebote in Wohnungsnahe etc.)

Soziale Kontakte (die Unterstützung bedeuten und nachhaltig sind bzw. möglicherweise wiederhergestellt werden können)

a. **Familiäre Kontakte**

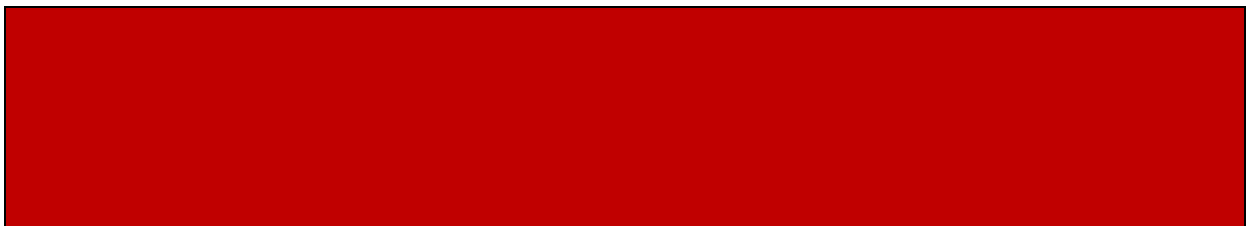
b. **Andere Kontakte**

1.5 Besondere Interessen, Fähigkeiten und Begabungen



1.6 Personenbezogene Besonderheiten

(Prägende Lebensereignisse, herausforderndes Verhalten, Krankheitseinsicht, Umgang mit der eigenen Behinderung etc.)



d. Hilfebedarfe

1. Lernen und Wissensanwendung

(z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)

Hilfebedarf:

Ziel:

(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)

Maßnahmen:

Perspektive:

2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

(z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)

Maßnahmen:
Perspektive

3. Kommunikation

(z. B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)

Maßnahmen:
Perspektive:

4. Mobilität

(z. B. die Körperposition ändern und aufrechterhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)

Maßnahmen:
Perspektive:

5. Selbstversorgung

(z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)
Maßnahmen:
Perspektive:

6. Häusliches Leben

(z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)
Maßnahmen:
Perspektive:

7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

(z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)
Maßnahmen:
Perspektive:

8. Bedeutende Lebensbereiche

(z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)

Hilfebedarf:
Ziel:
(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)
Maßnahmen:

Perspektive:

9. Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben

(z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Hilfebedarf:

Ziel:

(kurzfristig, mittelfristig, langfristig)

Maßnahmen:

Perspektive:

e. Unterstützungsmaßnahmen neben der Eingliederungshilfe

f. Empfehlung:

Vom pädagogischen Dienst empfohlener, konkreter Umfang der Eingliederungshilfe in qualitativer (Leistungstyp etc.) und quantitativer Hinsicht (Fachleistungsstunden pro Woche etc.)

g. Beteiligung

Bei der Erstellung des Gesamtplanes waren beteiligt:

(Betroffene, gesetzlich bestellte Betreuer, Angehörige, sonstige Kostenträger, Leistungserbringer etc.)

Ein Gesamtplangespräch fand statt

- **Erstmalige Erstellung am: unter Beteiligung von:**
 - **Fortschreibung am: unter Beteiligung von:**
-

h. Bestätigung des Inhaltes des Gesamt- bzw. Teilhabeplans:

Die festgestellten Bedarf und Ressourcen, die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen sowie die vereinbarten Ziele werden durch Unterschrift (nebst Datum) der beteiligten Personen insgesamt bestätigt.

Leistungsberechtigte Person:_____

Rechtliche/-r Betreuer/-in:_____

Vertreter/-in des Landesamtes für Soziales:_____

Teil B: Individueller Ziel- und Leistungsplan zum Teilhabeplan-Saarland

Erstmalige Erstellung/ Fortschreibung am:

unter Beteiligung von: Leistungsberechtigter, LB; Leistungserbringer, LE;

1. Lernen und Wissensanwendung

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Problemlösung, Entscheidungsfindung)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Stressbewältigung, Termineinhaltung, Aufbau Tages-/ Wochenstruktur)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

3. Kommunikation

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. verbale und nonverbale Kommunikation, Kommunikationstechniken)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

4. Mobilität

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Nutzung ÖPNV, Bewegungsfreiheit)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

5. Selbstversorgung

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Gesundheitsfürsorge, Gefahren einschätzung, Körperpflege, Ernährung)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

6. Häusliches Leben

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Wohnraum, Haushaltsführung, Lebensmittelversorgung)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Gestaltung sozialer Kontakte, Interaktion)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

8. Bedeutende Lebensbereiche

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Beruf/ Schule/ Ausbildung, Wirtschaftliches Leben)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

9. Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben

(Stichwort zum Hilfebedarf, z.B. Freizeitgestaltung, administrative Angelegenheiten, Gemeinschaftsleben)

Ziel:

Maßnahmen:

LB:

LE:

Erneute Überprüfung der angestrebten Ziele nach einem Zeitraum von:

Teil C: Überprüfung der Zielerreichung und Fortschreibung des Gesamtplanes

Name der leistungsberechtigten Person	
Aktenzeichen des LAS	

A. Zeitpunkt der Überprüfung und Fortschreibung:

B. Prüfergebnisse:

Nachstehend wird ausgehend von den Bedarfen innerhalb der einzelnen Lebensbereiche der jeweilige Grad der Zielerreichung dokumentiert. Dieser Beschreibung schließt sich die Benennung der Gründe bzw. Ursachen der Feststellungen zu den Zielerreichungsgraden sowie eventuell notwendige Anpassung der konkreten Leistungserbringung an.

1. Lernen und Wissensanwendung

(z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)

2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

(z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)

3. Kommunikation

(z. B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)

4. Mobilität

(z. B. die Körperposition ändern und aufrechterhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)

5. Selbstversorgung

(z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)

6. Häusliches Leben

(z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)

7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

(z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)

8. Bedeutende Lebensbereiche

(z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)

9. Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben

(z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

C. Erneute Überprüfung der Fortschreibung des Gesamtplans nach einem Zeitraum von: