

für den Zeitraum vom: <input style="width: 100px;" type="text"/> bis: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<p><b>1. Sozialdaten Antragstellende Person:</b></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Name</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Vorname</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Straße</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Postleitzahl</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Wohnort</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Telefon</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> geboren am</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Geburtsort</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Schulbildung</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Beruf</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Staatsangehörigkeit</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Familienstand</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Allgemeine Situation</p>	<p><b>Nächste/-r Angehörige/-r (bzw. nächste Bezugsperson):</b></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Name</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Verwandschaftsstatus</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Straße</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Telefon</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Postleitzahl</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Wohnort</p> <p><b>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja, und zwar:</span></p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Bevollmächtigung</p> <p><b>Wenn ja:</b></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Name</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Vorname</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Straße</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Telefon</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Postleitzahl</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Wohnort</p> <p><b>Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):</b></p> <p><input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>2. Bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation</b></p> <p>In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen. Wohnsituation mit Angehörigen?</p> <p><input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/></p> <p>Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span></p> <p>Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p>Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> schriftlich <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> mündlich</span></p> <p><input type="checkbox"/> in Gesamplankonferenzen</p> <p>Häufigkeit der einrichtungs- / dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>War eine koordinierende Stelle / Person für die Hilfeplanung benannt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span></p> <p>Wenn ja, folgende Stelle / Person:</p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>Behinderung aufgrund:</b></p> <p><input type="checkbox"/> körperlicher Beeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> seelischer Beeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung</p>	<p><b>Weitere Behinderung aufgrund:</b></p> <p><input type="checkbox"/> körperlich. Beeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> seelischer Beeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung</p>
<p>ggf. Erläuterungen, z. B. Abhängigkeit, ICD-Diagnose:</p> <p><input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p>	
<p><b>Soz.-med. Stellungnahmen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Datum: <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Bemerkungen:</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>GdB vorhanden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Umfang: <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Merkzeichen:</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>Leistungen nach SGB XI:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Pflegegrad: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	
<p><b>Leistungen nach SGB V:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Bemerkungen: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>Leistungen nach SGB VIII:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Bemerkungen: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	

Name
  
Vorname
  
Zeitraum bis

**3. Ziele von** Herr / Frau

Bitte auswählen:

	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen im Planungszeitraum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langfristig geplante Veränderungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren**

Folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

**a) Übergreifende persönliche Situation:**

**b) Aktuelle Probleme der Teilhabe aus den Bereichen:** Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

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

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

**5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:**

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen:

**a) Übergreifende persönliche Ziele:**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**b) Selbstversorgung / Wohnen:**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

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

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:



Name

Vorname

Zeitraum bis

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

**a) Ziele von Herrn / Frau:**

**b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / 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**

Ziel:

Ziel:

Indikator:

Indikator:

**d) personenbezogene Ressourcen**

**e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen**

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Transportmittel benutzen (d 470)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Einzelaufgaben übernehmen (d 210)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Aufg. d. Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tägliche Routine durchführen (d 230)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Antrieb (b130)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Aufmerksamkeit (b 140)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Probleme lösen (d 175)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

-	keine Beeinträchtigung
■	leichte Ausprägung
■■	mäßig ausgepr. Beeinträchtigung
■■■	erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung
■■■■	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
*	nicht spezifiziert / nicht anwendbar

**f) Tätig im kommenden Jahr in:**

**Bezahlter Tätigkeit**

(Umfang der Beeinträchtigung)

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

- in geschützter Tätigkeit
- auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- Erster Arbeitsmarkt
- Zuverdienst  Mutterschutz

Sonstiges:

**Unbezahlter Tätigkeit**

(Umfang der Beeinträchtigung)

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

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

Sonstiges:

**Kompetenzentwicklung, 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**

(nur ausfüllen wenn andere Bereiche nicht zutreffen)

**g) aktivierbare Hilfen im Umfeld**

**h) Vorgehen**

Name

  
 Vorname

  
 Zeitraum bis

**11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:**

Angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot

**a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination**

**b) Selbstversorgung / Wohnen**

**c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur**

**d) Freizeit / Persönliche Interessen /  
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

**Pflegerische Unterstützung nach SGB XI**

Nachtwache  Bereitschaftsdienste nachts

**12. Erbringung durch:**

Benennung: Einrichtung / Dienst / selbstorganisierte Assistenz / s.o. Assistenz zur Selbständigkeit

**a)**

**b)**

**c)**

**d)**

**13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**

**Zyklus**

**Höhe des Aufwands**

**a)**


**b)**


**c)**


**d)**


**14. Bisherige Erfahrungen der antragstellenden Person mit Hilfen:**

**15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von  Mitarbeiter\*in  Angehörige:**

**16. Leiter\*in des Verfahrens**
  
 Name

  
 Telefon

  
 Anschrift / Mailadresse
**Bogenassistentz**
  
 Name

  
 Telefon

  
 Mailadresse / Anschrift
**Vertretung  
Bogenassistentz**
  
 Name

  
 Telefon

  
 Mailadresse / Anschrift

**Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart:**  ja  nein  
 unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

**17. Antragsteller\*in:** Den ITP habe ich am  erhalten.

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:

Gesetzliche/-r Betreuer\*in:

Leistungserbringer:

Andere Reha-Träger:

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

**18. Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung / Datenschutz**

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.

**19. Abschluss des ITP-Verfahrens**


Datum

Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens

Unterschrift antragstellende Person bzw. gesetzl. Vertr.

Name

Vorname

## 20. Zusatzblatt

für den Zeitraum vom:  bis: **Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:****Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):**

- A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- B** (Vorgeschichte / Beruf)
- C** (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- PU** (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens:

Name

Vorname

**21. Bewertung des ITP**

Plan für den Zeitraum vom:  bis:

Bereich a):  
Übergreifende  
persönliche Ziele:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Bereich b):  
Selbstversorgung /  
Wohnen:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Bereich c):  
Arbeit und Beschäftigung /  
Tagesstruktur:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Bereich d): Freizeit /  
persönliche Interessen /  
Teilhabe am gesellschaft-  
lichen Leben:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Ziel:  Indikator:

Antragsteller\*in: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

EGH: Ziel wurde:  Ziel soll:  Indikator soll:

Bewertung aus Sicht der antragstellenden Person:

Gravierende Veränderungen / Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Bearbeiter\*in:

Datum der Auswertung:

Unterschrift Leiter\*in des Verfahrens

Weitergewährung EGH wird beantragt.

Unterschrift antragstellende Person bzw. gesetzl. Vertr.