

I. Gesamtplan

erster Gesamtplan Fortschreibung des Plans vom Nr.

für den Zeitraum vom..... bis..... erstellt am:..... von

nur bei Fortschreibung: Es gibt keine Änderung in den Basisdaten.

II.1 Leistungsberechtigte/r

Name ggf. Geburtsname.....PLZ, Ort

Vorname Straße

Familienstand: ledig Lebenspartnerschaft verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Kinder (Anzahl) Staatsangehörigkeit

II.2 Personensorgeberechtigte/r

Name PLZ, Ort

Vorname Straße

II.3 Gesetzliche Betreuung

nein beantragt, für folgende Wirkungskreise:

ja, für folgende Wirkungskreise:

Name PLZ, Ort Tel.:

Vorname Straße Email

II.4 Art der wesentlichen Behinderung nach der Eingliederungshilfeverordnung

körperliche Behinderung geistige Behinderung seelische Behinderung

seelische Behinderung infolge einer Suchterkrankung von einer wesentlichen Behinderung bedroht

Die im Vordergrund stehende Behinderung (Leitbehinderung) bitte unterstreichen.

II.5 andere schwere Erkrankungen

II.6 Hilfsmittel

II.7 Behandelnder Hausarzt/ Facharzt

Name PLZ, Ort Tel.:

Fachrichtung Straße mail

Name PLZ, Ort Tel.:

Fachrichtung Straße mail

III. Angaben zur Wohnung

Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner Größe in m² Anzahl der Zimmer barrierefrei? ja nein

Weitere Angaben zur derzeitigen Wohnsituation:

IV. Angaben zum Lebenslauf

Besuch der Kindertagesstätte

Schulischer Werdegang, ggf. Abschluss:

Beruflicher Werdegang ggf. Abschluss:

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

bei (Name der Firma, Ort der ausgeübten Tätigkeit):

von bis

Maßnahme nach Maßregelvollzugsgesetz	Beginn der Maßnahme:	Ende der Maßnahme :
Unterbringung nach PsychKG	Beginn der Maßnahme:	Ende der Maßnahme :
Freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1906 BGB	Beginn der Maßnahme:	Ende der Maßnahme :
bei Haftunterbringung	Beginn der Inhaftierung:	Strafende:
Entlassungstermin gemäß § 35 Betäubungsmittelgesetz (bitte Unterlagen beifügen):		

V. derzeitige Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/>	Grundsicherung	<input type="checkbox"/>	Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/>	Krankengeld	<input type="checkbox"/>	Übergangsgeld	<input type="checkbox"/>
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	Rente	<input type="checkbox"/>		
Art der Rente:					
andere Leistung					

VI. Weitere Leistungen

Leistungsträger	Art der Leistung	von ... bis
der gesetzlichen Pflegeversicherung	Pflegestufe I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	
	Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Kombileistung <input type="checkbox"/>	
	Pflegebudget <input type="checkbox"/> seit..... Leistung nach § 43a SGB XI <input type="checkbox"/>	
	Leistung nach § 45b SGB XI <input type="checkbox"/>	
der gesetzlichen Krankenkasse		
der Bundesagentur für Arbeit		
der ARGE / Optionskommune gemäß SGB II		
der Träger der Kinder- und Jugendhilfe		
der gesetzlichen Rentenversicherung		
der gesetzlichen Unfallversicherung		
der Träger der Kriegsopferversorgung / Kriegsopferfürsorge nach OEG / BVG		
sonstiger Sozialleistungsträger		

VII. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort Datum

Unterschrift der leistungsberechtigten Person
(bzw. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche Vertretung)

erster Gesamtplan Name der leistungsberechtigten Person:

Fortschreibung des Plans vom Nr.

für den Zeitraum vom..... bis..... erstellt am:..... von

I. Leitziele der leistungsberechtigten Person

Wie und wo möchten Sie wohnen? (Leistungsbereich Lebenspraktische Anleitung, ggf. pflegerische Hilfen der Anlagen A, L, M)

Was wollen Sie arbeiten? (Leistungsbereich Arbeit und Beschäftigung Anlage A, L, M)

Was wollen Sie lernen (Schulabschluss, Ausbildung etc.)? (Leistungsbereich Bildung Anlage A, L, M)

Wie möchten Sie Ihre sozialen Beziehungen gestalten? (Leistungsbereich bes. psychosoziale Angebote, soziale Kontakte Anlage A, L, M)

Was wollen Sie in Ihrer Freizeit tun? (Leistungsbereich Freizeitgestaltung Anlage L)

Weitere wichtige Leitziele

Bei seelischer Behinderung in Folge einer Suchterkrankung: Wie wollen Sie mit Suchtmitteln umgehen?

II. Welche in ihrer Person liegenden Gründe hindern Sie daran, so zu leben, wie Sie dies möchten? (Sichtweise der leistungsberechtigten Person)

Fachliche Sichtweise der Behörde

III. Was in Ihrem sozialen Umfeld und der Umwelt hindert Sie daran, so zu leben, wie Sie dies möchten? (Sichtweise der leistungsberechtigten Person)

Fachliche Sichtweise der Behörde

IV. Was können Sie, um sich selbst zu helfen? Wie können Sie sich helfen? Über welche Mittel verfügen Sie, um sich selbst zu helfen? Wer kann Sie dabei unterstützen? (Sichtweise der leistungsberechtigten Person)

Fachliche Sichtweise der Behörde

V. Rahmenziele zu den Leitzielen der leistungsberechtigten Person -Zielvereinbarung -

An der Entwicklung dieser Rahmenziele habe ich mitgewirkt. Ich wirke an der Erreichung dieser Ziele mit.

Ort Datum Unterschrift der leistungsberechtigten Person
(bzw. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche Vertretung)

VI. Zur Erreichung der vereinbarten Rahmenziele sind nachfolgend aufgeführte Leistungen nach SGB XII erforderlich

Leistungen nach im ...	Leistungs- typ	Hilfebedarfs- gruppe (Punktwert)	Form der Hilfe	
			Sachleistung	(Teil-)Budget
Milieu Wohnen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milieu Tagesstruktur / Arbeit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungen außerhalb der Leistungstypen des Rahmenvertrages nach § 79 SGB XII (bitte beschreiben)	Hilfebedarfs- gruppe (Punktwert)	Form der Hilfe	
		Sachleistung	(Teil-)Budget
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mögliche Leistungen anderer Sozialleistungsträger	
Leistung	Sozialleistungsträger

VII. Auf der Grundlage der Zielvereinbarung vom wird ein persönliches (Teil)-Budget in Höhe von€ bewilligt. (Zielvereinbarung bitte beifügen)

VIII. Folgende Dienste und Einrichtungen sollen die Sachleistungen erbringen (Wunsch der leistungsberechtigten Person)

Name des Dienstes / der Einrichtungen:		
Ansprechpartner/-in		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	E-mail

Name des Dienstes / der Einrichtungen:		
Ansprechpartner/-in		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	E-mail

Name des Dienstes / der Einrichtungen:		
Ansprechpartner/-in		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	E-mail

IX. Folgende Dienste und Einrichtungen werden beauftragt, die Sachleistungen zu erbringen

- Dem Wunsch der leistungsberechtigten Person wird entsprochen. Beauftragte Leistungserbringer siehe oben
- Dem Wunsch der leistungsberechtigten Person wird nicht entsprochen, weil (kurze Begründung)

Name des Dienstes / der Einrichtungen:		
Ansprechpartner/-in		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	E-mail

Name des Dienstes / der Einrichtungen:		
Ansprechpartner/-in		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	E-mail

Name des Dienstes / der Einrichtungen:		
Ansprechpartner/-in		
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	E-mail

X. An der Erstellung des Gesamtplans haben neben der leistungsberechtigten Person mitgewirkt (falls zutreffend, bitte ankreuzen und den Namen ergänzen).

<input type="checkbox"/> Angehörige
<input type="checkbox"/> Person des Vertrauens
<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung
<input type="checkbox"/> der behandelnde Arzt
<input type="checkbox"/> das Gesundheitsamt
<input type="checkbox"/> das Jugendamt
<input type="checkbox"/> die Fachkraft des Dienstes / der Einrichtung
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ort

Datum

Unterschrift

(Stempel)