



Gesamtplanverfahren – Ziel- und Leistungsplanung

ID-Nr./ Aktenzeichen:

Name: _____ geb. _____

1. Ziel- und Leistungsplanung zu Beginn einer Leistung der Eingliederungshilfe nach SGB IX

Ziel- und Leistungsplanung zur Neubewilligung einer Leistung der Eingliederungshilfe nach SGB IX Leistungen seit _____

Angaben zum Vorgehen

Gespräch zur Erstellung der Ziel- und Leistungsplanung am _____, _____, _____
Vorgehen in anderer Form _____, weil _____

Beteiligung der Leistungsberechtigten Person

Die leistungsberechtigte Person ist, wie folgt, an der Ziel- und Leistungsplanung beteiligt
Teilnahme am Planungsgespräch
anderweitig: _____

Die Teilnahme/ Beteiligung wird unterstützt durch _____

Keine Beteiligung der leistungsberechtigten Person,
weil _____ von ihr nicht gewünscht oder _____

Weitere Beteiligte/ Teilnehmer am Planungsgespräch

Gesetzl. Vertretung, rechtl. Betreuung
Vertrauenspersonen
Leistungserbringer Soziale Teilhabe
Leistungserbringer Soziale Teilhabe
Leistungserbringer Teilhabe Arbeitsleben
TeilhabeFachdienst Soziales (THFD)
Sonstige _____

Ort des Planungsgesprächs (auf Wunsch der Leistungsberechtigten Person)

In der eigenen Wohnung
In den Räumen des Leistungserbringers
In den Räumen des Teilhabefachdienstes Soziales
Sonstiger Ort _____
Adresse _____



Gesamtplanverfahren – Ziel- und Leistungsplanung

ID-Nr./ Aktenzeichen:

Name: geb.

Verwendete Unterlagen

Auszüge aus der Bedarfsermittlung TIB liegen vor und sind Grundlage für die nachfolgende Planung
ja nein, weil

Ein Informationsbericht des Erbringers von Leistungen zu
im Zeitraum vom bis liegt vor und ist Grundlage für die nachfolgende
Planung ja nein, weil

Ein Informationsbericht des Erbringers von Leistungen zu
im Zeitraum vom bis liegt vor und ist Grundlage für die nachfolgende
Planung ja nein, weil

Ein Informationsbericht des Erbringers von Leistungen zu
im Zeitraum vom bis liegt vor und ist Grundlage für die nachfolgende
Planung ja nein, weil

Sonstige



Gesamtplanverfahren – Ziel- und Leistungsplanung

ID-Nr./ Aktenzeichen:

Name: geb.

Planung der Ziele (Leit- und Teilhabeziele, Indikatoren)

Leitziele (aus der Perspektive der Person und möglichst prägnant formuliert, O-Ton)

Leitziel 1

Leitziel 2

Leitziel 3

Teilhabeziele (operational) und Indikatoren in Zuordnung zu Leistungsgruppen

Medizinische Rehabilitation

TZ 1

Ind. 1

TZ 2

Ind. 2

TZ 3

Ind. 3

TZ 4

Ind. 4

Arbeit

TZ 1

Ind. 1

TZ 2

Ind. 2

TZ 3

Ind. 3

TZ 4

Ind. 4

Bildung

TZ 1

Ind. 1

TZ 2

Ind. 2

TZ 3

Ind. 3

TZ 4

Ind. 4



Gesamtplanverfahren – Ziel- und Leistungsplanung

ID-Nr./ Aktenzeichen:

Name: geb.

Soziale Teilhabe

Assistenz

TZ 1

Ind. 1

TZ 2

Ind. 2

TZ 3

Ind. 3

TZ 4

Ind. 4

Erwerb/ Erhalt für Menschen mit seelischer Behinderung

TZ 1

Ind. 1

TZ 2

Ind. 2

TZ 3

Ind. 3

TZ 4

Ind. 4

Erwerb/ Erhalt für Menschen mit geistiger Behinderung

TZ 1

Ind. 1

TZ 2

Ind. 2

TZ 3

Ind. 3

TZ 4

Ind. 4

Andere Soziale Teilhabeleistungen



Gesamtplanverfahren – Ziel- und Leistungsplanung

ID-Nr./ Aktenzeichen:

Name: geb.

Ergänzungen:



Gesamtplanverfahren – Ziel- und Leistungsplanung

ID-Nr./ Aktenzeichen:

Name: _____ geb. _____

Zusammenfassung

Die erarbeiteten Ziele, inklusive ihrer Indikatoren sind einvernehmlich abgestimmt und sind Grundlage für die Planung der Inhalte und des Umfangs der vereinbarten Leistungen und deren Evaluation zum Ende des Leistungszeitraumes.

Umfang der Leistungen

Aufschlüsselung des Umfangs der Leistungen je Leistungserbringer ist in den entsprechenden Formularabschnitten erfolgt.

Leistungsgruppe Medizinische Rehabilitation

Geplante Laufzeit _____ / pro Woche

Leistungsgruppe Teilhabe am Arbeitsleben

Betreuungsschlüssel _____

Geplante Laufzeit _____ von _____ bis _____

Leistungsgruppe Teilhabe an Bildung

Leistungsumfang _____ Min. / Woche

Geplante Laufzeit _____ von _____ bis _____

Leistungsgruppe Soziale Teilhabe

Koordinationsleistung

Assistenzleistungen _____ Min. / Woche

Geplante Laufzeit _____ von _____ bis _____

Erwerb und Erhalt (Menschen mit seelischer Behinderung) _____ Min. / Woche

Geplante Laufzeit _____ von _____ bis _____

Erwerb und Erhalt (Menschen mit geistiger Behinderung)

Betreuungsschlüssel _____

Geplante Laufzeit _____ von _____ bis _____

Persönliche Assistenz _____ h / Woche

Geplante Laufzeit _____ von _____ bis _____

Unterschriften:

Leistungsberechtigte Person

Rechtliche Betreuung/ Bevollmächtigte/Sorgeberechtigte

TeilhabeFachdienst

Leistungserbringer

Leistungserbringer

Leistungserbringer