

Ergebnis - Empfehlung

Bogen E

Name, Vorname	Geburtsdatum:	Az.
Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom		
wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:		
<input type="checkbox"/> Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Antrag wurde zurückgenommen am <input type="checkbox"/> Teilhabekoordination des Fachbereiches Psychiatrie/Sucht erforderlich <input type="checkbox"/> Es besteht ein Rehabilitationsbedarf, der den folgenden Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden kann:		

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation						
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Angestrebt ist ...	Leistungsgruppe	Mögliche/r Leistungsträger		
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8	<p>Alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität in einem der neun Lebensbereiche</p> <input type="checkbox"/> abzuwenden <input type="checkbox"/> zu beseitigen <input type="checkbox"/> zu mindern <input type="checkbox"/> auszugleichen <input type="checkbox"/> eine Verschlimmerung zu verhindern	<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe
		<p>oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit</p> <input type="checkbox"/> zu vermeiden <input type="checkbox"/> zu überwinden <input type="checkbox"/> zu mindern <input type="checkbox"/> eine Verschlimmerung zu verhindern	<p>oder Einschränkungen der Pflegebedürftigkeit</p> <input type="checkbox"/> zu vermeiden <input type="checkbox"/> zu überwinden <input type="checkbox"/> zu mindern <input type="checkbox"/> eine Verschlimmerung zu verhindern			

Empfehlungen zu den Leistungen auf der Basis der Zielplanung			
Leistung/Leistungsart	Leistungsumfang	von - bis bis	Leistungserbringer

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben				
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Angestrebt ist ...	Leistungsgruppe	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.			

Ergebnis - Empfehlung

Bogen E

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	<p>Die Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit</p> <input type="checkbox"/> zu erhalten <input type="checkbox"/> zu verbessern <input type="checkbox"/> zu herzustellen <input type="checkbox"/> wiederherzustellen <p>und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.</p> <p>Die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit</p> <input type="checkbox"/> zu erhalten <input type="checkbox"/> zu entwickeln <input type="checkbox"/> zu verbessern <input type="checkbox"/> wiederherzustellen <input type="checkbox"/> die Persönlichkeit weiterzuentwickeln <p>und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.</p>	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe
--	--	--	--	--	--	---

Empfehlungen zu den Leistungen auf der Basis der Zielplanung			
Leistung/Leistungstyp	Leistungsumfang <input type="checkbox"/> HBG <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Betrag <input type="checkbox"/> Sonstiges	von - bis bis	Leistungserbringer

Leistungen zur Teilhabe an Bildung					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Angestrebt ist ...	Leistungsgruppe	Mögliche/r Leistungsträger	
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Eine gleichberechtigte Wahrnehmung von Bildungsangeboten <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung	<input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe

Empfehlungen zu den Leistungen auf der Basis der Zielplanung			
Leistung/Leistungstyp	Leistungsumfang <input type="checkbox"/> HBG <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Betrag <input type="checkbox"/> Sonstiges	von - bis bis	Leistungserbringer

Leistungen zur sozialen Teilhabe				
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Angestrebt ist ...	Leistungsgruppe	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.			

Ergebnis - Empfehlung

Bogen E

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	<p>Eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft</p> <input type="checkbox"/> zu ermöglichen <input type="checkbox"/> zu erleichtern	<input type="checkbox"/> Leistungen zur sozialen Teilhabe	<input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe
<p>Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum</p> <input type="checkbox"/> zu befähigen oder <input type="checkbox"/> sie hierbei zu unterstützen.						

Empfehlungen zu den Leistungen auf der Basis der Zielplanung			
Leistung/Leistungstyp	Leistungsumfang <input type="checkbox"/> HBG <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Betrag <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> pauschale Geldleistung <input type="checkbox"/> gemeinsame Inanspruchnahme	von - bis bis	Leistungserbringer
Leistung/Leistungstyp	Leistungsumfang <input type="checkbox"/> HBG <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Betrag <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> pauschale Geldleistung <input type="checkbox"/> gemeinsame Inanspruchnahme	von - bis bis	Leistungserbringer

Leistung als Persönliches Budget:

- gewünscht – Zielvereinbarung zum persönlichen Budget muss erstellt werden
- nicht gewünscht

Empfehlung für eine besondere Wohnform – Begründung:

- vom Leistungsberechtigten gewünschte Wohnform
- die Unterstützungsangebote außerhalb von besonderen Wohnformen sind nicht ausreichend
- Sonstiges:

Empfehlung für eine auswärtige Wohnform – Begründung:

- vom Leistungsberechtigten ist die auswärtige Wohnform erwünscht
- Ortswechsel ist fachlich erforderlich
- keine passenden Angebote im örtlichen Zuständigkeitsbereich – Hubiko, Verbündekonferenz, anlassbezogene Verbündekonferenz, Fallkonferenz ist durchzuführen.
- Sonstiges:

Beteiligung anderer Rehabilitationsträger gemäß § 15 SGB IX

- keine Beteiligung anderer Rehabilitationsträger erforderlich
- Der ermittelte Bedarf ist durch den gestellten Antrag erfasst

Ergebnis - Empfehlung

Bogen E

<input type="checkbox"/> Der ermittelte Bedarf ist durch den gestellten Antrag nicht erfasst
Der ermittelte Bedarf ist durch den gestellten Antrag erfasst
<input type="checkbox"/> Beteiligung des ermittelten Rehabilitationsträgers einleiten und die für den Teilhabeplan notwendigen Feststellungen anfordern
Der ermittelte Bedarf ist durch den gestellten Antrag nicht erfasst
<input type="checkbox"/> Auf die Antragstellung beim ermittelten Rehabilitationsträger ist hinzuwirken
<input type="checkbox"/> Werden auch Leistungen vom Eingliederungshilfeträger voraussichtlich oder schon tatsächlich erbracht?
<input type="checkbox"/> ja – dem ermittelten Rehabilitationsträger ist anzubieten, dass der Eingliederungshilfeträger das Teilhabeplanverfahren durchführt (§ 119 Abs.3 Satz 2 SGB IX)
<input type="checkbox"/> nein – es ist nichts weiteres zu veranlassen

Beteiligung und Leistungen anderer Leistungsträger

<input type="checkbox"/> Es bestehen keine Anhaltspunkte für die Beteiligung anderer Leistungsträger
--

Pflegekasse

<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit (§ 117 Abs. 3 S. 1 SGB IX bzw. § 22 Abs. 2 SGB IX).
<input type="checkbox"/> Die Pflegekasse erbringt bereits Leistungen Sofern Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse bereits festgestellt wurde, siehe Antrag
<input type="checkbox"/> Beteiligung der Pflegekasse
<input type="checkbox"/> erforderlich und einzuleiten (§ 117 Abs. 3 Satz 1 SGB IX)
<input type="checkbox"/> nicht erforderlich zur Feststellung der Leistungen
<input type="checkbox"/> Zustimmung des Leistungsberechtigten einholen

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Pflegegrad (soweit bekannt)	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Pflegekasse
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

Sozialhilfeträger 5. – 9. Kapitel SGB XII

<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für sonstige Leistungen nach dem SGB XII, die nicht der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind (z. B. Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe) (§ 117 Abs. 3 Satz 2 SGB IX)
<input type="checkbox"/> Der / Sozialhilfeträger erbringt bereits Leistungen
<input type="checkbox"/> Die Beteiligung des Sozialhilfeträger ist
<input type="checkbox"/> erforderlich und einzuleiten (§ 117 Abs. 3 Satz 2 SGB IX)
<input type="checkbox"/> nicht erforderlich zur Feststellung der Leistungen

Ergebnis - Empfehlung

Bogen E

<input type="checkbox"/> Zustimmung des Leistungsberechtigten einholen					
Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

Jobcenter / Grundsicherungsträger/ Sozialhilfeträger					
<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt (§ 117 Abs. 4 SGB IX) <input type="checkbox"/> Das/Der Jobcenter / Grundsicherungsträger/ Sozialhilfeträger erbringt bereits Leistungen <input type="checkbox"/> Die Beteiligung des Jobcenter / Grundsicherungsträger/ Sozialhilfeträger ist <input type="checkbox"/> erforderlich und einzuleiten (§ 117 Abs. 4 SGB IX) <input type="checkbox"/> nicht erforderlich zur Feststellung der Leistungen <input type="checkbox"/> Zustimmung des Leistungsberechtigten einholen					
Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

<input type="checkbox"/> Ziele (Bogen C), die keine oder noch keine Leistung auslösen:		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7		
Kurze Begründung:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges / Bemerkungen		
Empfehlung Termin der nächsten Überprüfung		

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Teilhabepanung
---------------------	--------------------------------------

Ergebnis - Empfehlung



Bogen E

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Leistungskoordination
---------------------	---

Nur bei Beteiligung der Teilhabekoordination:	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Fachbereich P / S