

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

Name, Vorname: _____ ,	Geburtsdatum: _____	Az.: _____
Eine Teilhabeplankonferenz wurde <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt, <b>weiter mit Ergebnis</b> <input type="checkbox"/> durchgeführt Eine Gesamplankonferenz wurde <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt, <b>weiter mit Ergebnis</b> <input type="checkbox"/> durchgeführt		
<b>Protokoll der Teilhabeplan- und/oder Gesamplankonferenz:</b>		
Besondere Absprachen:		
<b>Teilnehmer/innen der Konferenz</b>	<b>Institution/Funktion</b>	<b>Unterschrift</b>
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
<b>ERGEBNIS</b>		
Das Teilhabeplan- und/oder Gesamtplanverfahren hat zu folgenden Ergebnissen geführt:		

<b>Feststellung des Anspruchs auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII</b>						
<b>Leistungserbringer:</b>						
1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation						
Sozialhilfe: § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. §§ 26 ff SGB IX (in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)						
andere Reha-Träger: Leistungsbereich § 5 Nr. 1 SGB IX / §§ 42 ff. SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung)						
Leistung	Leistungsform	ggf. Leistungs- typ	FLS u. Betrag / bei teil- und stationären Leistungen jeweils die LBGr	von	bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs- /Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	Wählen Sie ein Element aus.	(In Nds. keine Leistungstypen vereinbart)				
	Wählen Sie ein Element aus.	(In Nds. keine Leistungstypen vereinbart)				
	<input type="checkbox"/> teilstationär	(In Nds. nach FFV LRV				

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

		keine Leistungstypen vereinbart)			
	<input type="checkbox"/> stationär	(In Nds. nach FFV LRV keine Leistungstypen vereinbart)			
Sonstige	Wählen Sie ein Element aus.				

2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM nach § 54 Abs. 1 S. 1 in Verbindung mit § 140 SGB XII) und Leistungen nach § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 bis 5 SGB XII andere Reha-Träger: Leistungsbereich § 5 Nr. 2 SGB IX / §§ 49 ff. SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung)					
Leistung	Leistungsform	ggf. Leistungstyp	FLS u. Betrag / bei teil- und stationären Leistungen jeweils die LBGr	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	<input type="checkbox"/> ambulant	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> ambulant	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> ambulant	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> teilstationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> stationär	(In Nds. nach FFV LRV keine			

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

		Leistungstyp en vereinbart)			
Sonstige	Wählen Sie ein Element aus.				

<b>3. Hilfen zur angemessenen Schulbildung und zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf Sozialhilfe:                      § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII                      Andere Reha-Träger: Leistungen zur Teilhabe an Bildung § 5 Nr. 4 SGB IX / § 75 SGB IX (in der ab 01.01.2018                      gültigen Fassung)</b>					
Leistung	Leistungsform	ggf. Leistungs- typ	FLS u. Betrag / bei teil- und stationären Leistungen jeweils die LBGr	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs- /Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> teilstationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> stationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

Sonstige	Wählen Sie ein Element aus.				
----------	-----------------------------	--	--	--	--

<b>4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft</b> <b>Sozialhilfe: § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i. V. m. §§ 55 ff. SGB IX (in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)</b> <b>andere Reha-Träger: Leistungen zur sozialen Teilhabe § 5 Nr. 5 SGB IX / §§ 76 ff. SGB IX (in der ab 01.01.2018 gültigen Fassung)</b>					
<b>4.1. Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 2 und § 56 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung) – soweit nicht anders angegeben</b>					
Leistung	Leistungsform	ggf. Leistungs- typ	FLS u. Betrag / bei teil- und stationären Leistungen jeweils die LBGr	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs- /Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> teilstationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> stationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

Sonstige	Wählen Sie ein Element aus.				
----------	-----------------------------	--	--	--	--

4.2. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 3, 6 und 7 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung) – soweit nicht anders angegeben					
Leistung	Leistungsform	ggf. Leistungstyp	FLS u. Betrag / bei teil- und stationären Leistungen jeweils die LBGr	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	<input type="checkbox"/> stationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
Sonstige	Wählen Sie ein Element aus.				

4.3. Tagesstrukturierende Leistungen (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 3 und 7 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)					
Leistung	Leistungsform	ggf. Leistungstyp	FLS u. Betrag / bei teil- und stationären Leistungen jeweils die LBGr	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	<input type="checkbox"/> teilstationär	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
Sonstige	Wählen Sie ein Element aus.				

4.4. Weitere ambulante Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 SGB IX - in der am 31.12.2017 gültigen Fassung)					
---	--	--	--	--	--

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

Leistung	Leistungsform	Leistungstyp bzw. Leistungsart und Rechtsgrundlage	ggf. FLS und Betrag oder vereinbarte Vergütung	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus. ggf. Erläuterung			

### 5. Weitere ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe (Die Zuordnung zur jeweiligen Anspruchsgrundlage ist vom Einzelfall abhängig)

Leistung	Leistungsform	Leistungstyp bzw. Leistungsart und Rechtsgrundlage	ggf. FLS und Betrag oder vereinbarte Vergütung	von bis	Leistungserbringer (ggf. Einrichtungs-/Angebotsnummer nach Quotas)/ andere(r) Leistungsträger
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.			
	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.			

### 6. Sonstiges

Leistung	Leistungsform	ggf. FLS / Betrag	von bis	Leistungserbringer / andere(r) Leistungsträger	Beschreibung / Anmerkungen

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

				(ggfs. Angebotsnummer nach Quotas)	
	Wählen Sie ein Element aus.				

- Der am \_\_\_\_\_ gestellte Antrag wurde zurückgenommen am \_\_\_\_\_
- Kein Leistungsanspruch, weil \_\_\_\_\_
- Die Leistung wird als Vorleistung nach § 14 SGB IX erbracht; zuständiger Leistungsträger: \_\_\_\_\_

### Herstellung des Nachrangs

#### Bedarfe, die nicht den Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden können, die jedoch für die Feststellung der Leistungen nach § 54 SGB XII relevant sind:

- Es besteht ein Bedarf an notwendigem **Lebensunterhalt** (Höhe) \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_
- Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt: \_\_\_\_\_
- ungedeckter Bedarf: \_\_\_\_\_

- Es besteht ein Bedarf an **Leistungen nach dem SGB XI** (Soziale Pflegeversicherung).
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_ ; Pflegekasse: \_\_\_\_\_

- Bedarf an sonstigen Leistungen nach dem SGB XII (**keine Eingliederungshilfeleistung**)
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_
- Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt: \_\_\_\_\_
- ungedeckter Bedarf: \_\_\_\_\_

#### Bedarfe nach den Leistungsgruppen des § 5 SGB IX:

- Es besteht ein Bedarf an **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_
- Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt: \_\_\_\_\_
- ungedeckter Bedarf: \_\_\_\_\_

- Es besteht ein Bedarf an **Leistungen Teilhabe am Arbeitsleben** (Höhe) \_\_\_\_\_
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_
- Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt: \_\_\_\_\_
- ungedeckter Bedarf: \_\_\_\_\_

- Es besteht ein Bedarf an **unterhaltsichernden und anderen ergänzenden Leistungen** (Höhe) \_\_\_\_\_
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_
- Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt: \_\_\_\_\_
- ungedeckter Bedarf: \_\_\_\_\_

- Es besteht ein Bedarf an **Teilhabe an Bildung** (Höhe) \_\_\_\_\_
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_
- Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt: \_\_\_\_\_
- ungedeckter Bedarf: \_\_\_\_\_

- Es besteht ein Bedarf an **Leistungen zur sozialen Teilhabe** (Höhe) \_\_\_\_\_
- Anspruchsnormen \_\_\_\_\_ ; Höhe bzw. Umfang der jeweiligen Leistung \_\_\_\_\_
- Der Bedarf wird voll bzw. teilweise gedeckt durch: \_\_\_\_\_ ; verbleibender Bedarf (Höhe): \_\_\_\_\_

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

F 3

## Feststellung der Leistungen

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Der verbleibende Bedarf wird voll bzw. teilweise durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt:<br><input type="checkbox"/> ungedeckter Bedarf: |
|---|

<b>Datum der nächsten Überprüfung am</b>
--

Datum, Unterschrift(en), ggfs. Funktion der Bearbeiterin(nen)/ des oder der Bearbeiter(s)
---

Datum
-------