Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	AZ

Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom _____ wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:

- Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung
- Antrag wurde zurückgenommen am _____
- Es handelt sich um eine Empfehlung für das Wohnen in einer besonderen Wohnform.
- Es wird ein Persönliches Budget beantragt.
-

Wünsche der leistungsberechtigten Person (§ 104 Abs. 2 SGB IX)

- Den Wünschen kann entsprochen werden.
- Den Wünschen kann teilweise entsprochen werden.
- Den Wünschen kann nicht entsprochen werden.
Begründung:

Empfehlung für das Wohnen in einer besonderen Wohnform

Begründung:

Es besteht ein Hilfebedarf, der den folgenden Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden kann:

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 i.V.m. § 102 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. §§ 109 f SGB IX)					
	Bedarfe / Ziele <i>(aus Bogen B und Bogen C)</i>		Mögliche/r Leistungs-träger	Leistung/en	Leistungstyp
	<u>Bogen B</u> Lebensbereich	<u>Bogen C</u> Ifd. Rahmen- und Ergebnis-Ziel-Nummer		(mögliche Anspruchs-grundlage/n)	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungs-hilfe ☐ andere / r Träger, und zwar		
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungs-hilfe ☐ andere / r Träger, und zwar		

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Nr. 2 i.V.m. § 102 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 111 SGB IX)							
	Bedarfe / Ziele <i>(aus Bogen B und Bogen C)</i>		Mögliche/r Leistungsträger	LBGr	bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Leistung/en	Leistungs-typ
	<u>Bogen B</u> Lebensbereich	<u>Bogen C</u> Ifd. Rahmen- und Ergebnis-Ziel-Nummer				(mögliche Anspruchsgrundlage/n)	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

☐ Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 i.V.m. §§ 64 ff SGB IX)				
Leistungsträger	Antragsdatum	Bescheiddatum	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis

☐ Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr. 4 i.V.m. § 102 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. § 112 SGB IX)							
	Bedarfe / Ziele <i>(aus Bogen B und Bogen C)</i>		Mögliche/r Leistungsträger	LBGr	bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Leistung/en	Leistungs-typ
	Bogen B Lebensbereich	Bogen C Ifd. Rahmen- und Ergebnis-Ziel-Nummer					
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)	(mögliche Anspruchsgrundlage/n)	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

☐ Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 5 Nr. 5 i.V.m. § 102 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. §§ 113 ff SGB IX)							
	Bedarfe / Ziele <i>(aus Bogen B und Bogen C)</i>		Mögliche/r Leistungsträger	LBGr	bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Leistung/en	Leistungs-typ
	<u>Bogen B</u> Lebensbereich	<u>Bogen C</u> Ifd. Rahmen- und Ergebnis-Ziel-Nummer				(mögliche Anspruchsgrundlage/n)	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

☐ Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 5 Nr. 5 i.V.m. § 102 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. §§ 113 ff SGB IX)							
	Bedarfe / Ziele <i>(aus Bogen B und Bogen C)</i>		Mögliche/r Leistungsträger	LBGr	bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Leistung/en	Leistungs-typ
	<u>Bogen B</u> Lebensbereich	<u>Bogen C</u> Ifd. Rahmen- und Ergebnis-Ziel-Nummer				(mögliche Anspruchsgrundlage/n)	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	☐ RZ .0 ☐ EZ .1 ☐ EZ .2 ☐ EZ .3 ☐ EZ .4 ☐ EZ kein Ziel	☐ Träger der Eingliederungshilfe ☐ andere / r Träger, und zwar	(Voreinstufung)	(Voreinstufung)		

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

☐ Es bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit (§ 117 Abs. 3 SGB IX). Sofern Pflegebedürftigkeit bereits festgestellt wurde, sind die Daten aus Bogen A zu entnehmen.					
Bedarfe (Bogen B)	Antrag gestellt am	Pflege- grad (soweit bekannt)	Anspruchs- grundlage	Bewilligungs- zeitraum von bis	Pflegekasse / AZ
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9					

☐ Es bestehen Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt (§ 117 Abs. 4 SGB IX).					
Bedarfe (Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchs- grundlage	Bewilligungs- zeitraum von bis	Leistungsträger
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9					

☐ Sonstige Leistungen nach dem SGB IX, die nicht der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind, soweit sie für die Feststellung der Leistungen nach § 102 SGB IX erforderlich sind (z.B. Leistungen der Arbeitsagentur, Leistungen der Unfallversicherung)					
Bedarfe (Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchs- grundlage	Bewilligungs- zeitraum von bis	Leistungsträger
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9					

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Selbsthilfe und andere Leistungen		
aktivierbar		Namen, Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
☐	Sozialberatung	
☐	Schuldnerberatung	
☐	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
☐	Sozialpsychiatrischer Dienst	
☐	Suchtberatung	
☐	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
☐	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
☐	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
☐	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
☐	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) (z.B. Krankengymnastik)	
☐	Institutsambulanz (SGB V)	
☐	Psychotherapie (SGB V)	
☐	Berufliche und / oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)	
☐	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
☐	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
☐	Integrationsfachdienst (SGB IX)	

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Selbsthilfe und andere Leistungen		
aktivierbar		Namen, Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
☐	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
☐	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
☐	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
☐	Mobilitätshilfen (SGB XII)	
☐	Leistungen nach KOF / KOV (z.B. Opferentschädigung)	
☐	Sonstige Hilfen	

☐ Ziele (Bogen C), die keine oder noch keine Leistungen auslösen:							
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	
Kurze Begründung							

☐ Sonstiges / Bemerkungen

☐ Der Träger der Eingliederungshilfe ist Leistungsverantwortlicher nach § 15 SGB IX.

Empfehlung Termin der voraussichtlich nächsten Überprüfung

☐ Auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX wurde hingewiesen (§ 20 Abs. 3 S. 3 SGB IX).

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Teilhabekonferenz gem. § 20 SGB IX

Die Voraussetzungen für ein Teilhabekonferenzverfahren (§ 19 SGB IX) sind

- erfüllt.
- nicht erfüllt. *(weiter mit Gesamtkonferenz)*

Eine Teilhabekonferenz ist

- nicht erforderlich.
- erforderlich.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und / oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 S. 2 SGB IX).

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person zur Durchführung einer Teilhabekonferenz

- liegt vor.
- liegt nicht vor. *(Die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.)*

Die Durchführung einer Teilhabekonferenz

- wurde von der leistungsberechtigten Person vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX), ist jedoch **nicht** erforderlich, da
 - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann.
 - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

oder

 - eine Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX nicht erteilt wurde.
 - Die leistungsberechtigte Person wurde über die maßgeblichen Gründe im Rahmen eines Anhörungsverfahrens informiert (§ 20 Abs. 2 S. 1 SGB IX).
- wurde von einem beteiligten Rehabilitationsträger und / oder dem Jobcenter vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX).
- (Reha-Träger / Jobcenter) :*

Von dem Vorschlag wird abgewichen, da

- der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann.
 - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.
- oder
- die Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX von der leistungsberechtigten Person **nicht** erteilt wurde.

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Gesamtplankonferenz gem. § 119 SGB IX

Eine Gesamtplankonferenz ist

erforderlich.

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person

liegt vor (§ 119 Abs. 1 S. 1 SGB IX).

liegt nicht vor. **Die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**

erforderlich, da Leistungen für die Mutter und / oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihres Kindes / ihrer Kinder beantragt wurden (§ 119 Abs. 4 SGB IX).

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person

liegt vor (§ 119 Abs. 4 S. 1 SGB IX).

liegt nicht vor. **Die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**

Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfe

durch andere Leistungsträger

durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld

oder

ehrenamtlich

gedeckt werden können. Die vorstehend genannten Leistungsträger, ehrenamtlichen Stellen und / oder Personen werden entsprechend beteiligt.

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person

liegt vor (§ 119 Abs. 4 S. 2 SGB IX).

liegt nicht vor. **Die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage.**

Es liegt kein Fall nach § 119 Abs. 4 SGB IX vor.

Die Gesamtplankonferenz erfolgt auf Vorschlag

der leistungsberechtigten Person (§ 119 Abs. 1 S. 2 Alt. 1 SGB IX).

der folgenden beteiligten Rehabilitationsträger:

Die leistungsberechtigte Person hat zugestimmt
(§ 119 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 i.V.m. § 119 Abs. 1 S. 1 SGB XII).

Die Gesamtplankonferenz wird mit der Teilhabeplankonferenz verbunden
(§ 119 Abs. 3 S. 1 SGB IX).

Eine Gesamtplankonferenz ist nicht erforderlich, da

der zur Feststellung der Leistung maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann.

der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Gesamt – und / oder Teilhabekonferenz:

Besondere Absprachen:

Personen / Institutionen, die bei einer Gesamt- und / oder Teilhabekonferenz beteiligt werden sollten:

Name, Vorname	Institution / Funktion

Ort, Datum	Unterschrift des Bearbeiters * der Bearbeiterin