

Muster -Leistungsnachweis **Assistenz beim Wohnen** außerhalb der besonderen Wohnform i.S.d. § 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII im Falle einer Monatsabrechnung

Qualifizierte Assistenz

Bitte die farbigen Felder ausfüllen!

leistungsberechtigte Person (IP): (Name, Vorname)

Leistungsanbieter (Name, Adresse)

Verantwortliche*r Mitarbeiter*in (Name, Vorname)

Zuständiger örtlicher Leistungsträger

Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden (FLS)/ Woche: qualifizierte Assistenzkraft

Beginn 6 Monatszeitraum ("flexible Leistungserbringung")

Gesamtbudget/ Restbudget (6 Monate: Zeitraum) qualifizierte Assistenz

| | | | |
|--------------|----------|------------|-------------------------------|
| | | | |
| Anzahl | 4,00 | | |
| Monat.Jahr | Jul.2021 | | |
| Gesamtbudget | 104,40 | Restbudget | 23,60 incl. dieser Abrechnung |

Monat: **Oktober** 2021

| Datum | Uhrzeit | Ort | Gruppenangebot ja=1 | wenn Gruppenangebot: Anzahl der IP | Dauer in Minuten direkt mit der IP oder mit mehreren IP bei Gruppenangebot (gemäß Fußnote 2 zu Kap. 2.3.1) | Anzahl direkte FLS qualifizierte Assistenzkraft. Eine FLS ist definiert als 50 Minuten mit der IP (gemäß Fußnote 2 zu Kap 2.3.1) | Wegepauschale (qualifizierte Assistenzkraft) ja=1 | davon "Ausfallstunden" Ja=1 | Kennziffer für Kurzbeschreibung (optional) | Mitarbeiter*in |
|---------------|---------|--------------------------|------------------------|---------------------------------------|--|--|---|-----------------------------|--|----------------|
| 01.10.21 | 13:00 | Wohnung | | | 50 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | |
| 07.10.21 | 15:00 | Begleitung Suchtberatung | | | 60 | 1,2 | 1 | | 4 | |
| 14.10.21 | 10:00 | Arztbesuch mit der IP | | | 120 | 2,4 | 1 | | 4 | |
| 22.10.21 | 16:00 | Betriebsstätte | 1 | 4 | 90 | 0,5 | | | 7 | |
| 23.10.21 | 9:00 | Behördengang | | | 110 | 2,2 | 1 | | 6 | |
| 24.10.21 | 12:00 | Telefonanruf durch IP | | | 5 | 0,1 | | | 10 | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| Gesamt | | | | | 435 | 7,4 | 4 | 1 | | |

| | | | | |
|----------------------|-----|-----|---|---|
| Summe Minuten | 435 | 7,4 | 4 | 1 |
|----------------------|-----|-----|---|---|

Datum _____ Unterschrift der leistungsberechtigten Person
 Mit der Unterschrift bestätigt die leistungsberechtigte Person die aufgeführten Leistungen in Minuten (incl. Ausfallzeiten) erhalten zu haben.

Muster -Leistungsnachweis **Assistenz beim Wohnen** außerhalb der besonderen Wohnform i.S.d. § 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII im Falle einer Monatsabrechnung

Kompensatorische Assistenz

Bitte die farbigen Felder ausfüllen!

leistungsberechtigte Person (IP): (Name, Vorname)

Leistungsanbieter (Name, Adresse)

Verantwortliche*r Mitarbeiter*in (Name, Vorname)

Zuständiger örtlicher Leistungsträger

Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden (FLS)/ Woche: sonstige Assistenzkraft

Beginn 6 Monatszeitraum ("flexible Leistungserbringung")

Gesamtbudget/ Restbudget (6 Monate: Zeitraum) kompensatorische Assistenz

| | | | |
|--------------|----------|------------|------------------------------|
| Anzahl | 2,00 | | |
| Monat:Jahr | Jul.2021 | | |
| Gesamtbudget | 52,20 | Restbudget | 7,70 incl. dieser Abrechnung |

Monat: Oktober 2021

| Datum | Uhrzeit | Ort | Gruppenangebot ja=1 | wenn Gruppenangebot: Anzahl der IP | Dauer in Minuten direkt mit der IP oder mit mehreren IP bei Gruppenangebot (gemäß Fußnote 2 zu Kap. 2.3.1) | Anzahl direkte FLS qualifizierte Assistenzkraft. Eine FLS ist definiert als 50 Minuten mit der IP (gemäß Fußnote 2 zu Kap 2.3.1) | Wege- pauschale (sonstige Assistenzkraft) ja=1 | davon "Ausfall- stunden" Ja=1 | Kennziffer für Kurzbeschrei- bung (optional) | Mitarbeiter*in |
|---------------|---------|-------------------------|------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|---|----------------|
| 03.10.21 | 13:00 | Wohnung | | | 50 | 1,0 | 1 | 1 | 1 | |
| 08.10.21 | 15:00 | Wohnung | | | 30 | 0,6 | | | | 2 |
| 15.10.21 | 10:00 | Arztbesuch mit der IP | | | 90 | 1,8 | 1 | | | 4 |
| 27.10.21 | 16:00 | Begleitung beim Einkauf | 1 | 2 | 30 | 0,3 | 1 | | | 1 |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| | | | | | | 0,0 | | | | |
| Gesamt | | | | | 200 | 3,7 | 3 | 1 | | |
| | | | | | Summe Minuten | | | | | |

Datum _____ Unterschrift der leistungsberechtigten Person

Mit der Unterschrift bestätigt die leistungsberechtigte Person die aufgeführten Leistungen in Minuten (incl. Ausfallzeiten) erhalten zu haben.

| Kennziffer für Spalte "J" | direkte Assistenzleistungen mit der leistungsberechtigten Person gemäß Kap. 2.3.1 der Regelleistungsvereinbarung |
|---------------------------|---|
| 1 | Beratung und Unterstützung im Wohnbereich, insbesondere im Zusammenhang mit Selbstversorgung, Ernährung, Gesundheitsvorsorge, persönlicher Hygiene, Umgang mit Geld, Haushaltsführung, Konflikten mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und Nachbarinnen und Nachbarn, |
| 2 | Beratung und Unterstützung bei der Entwicklung einer individuellen Tagesstruktur z. B. Einüben von Tag- und Nachtrhythmus, Ruhe- und Aktivitätszeiten, Einhaltung von Mahlzeiten, Erkennen und Einhalten von fremdbestimmten Tagesabschnitten,. |
| 3 | Unterstützung / Assistenz bei der Organisation und Planung der eigenen Mobilität (Nutzung von Nahverkehrsmitteln, Fahrrad etc.). |
| 4 | Unterstützung bei der notwendigen Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Dienste und Leistungen sowie von Pflegeleistungen nach § 103 Abs. 2 SGB IX, |
| 5 | Unterstützung beim Umgang mit Behörden, Banken, anderen Sozialleistungsträgern und sonstigen Institutionen. |
| 6 | Begleitung und Teilnahme bei den Gesamtplankonferenzen, |
| 7 | Anregung und Unterstützung bei der Erweiterung des Lebenskreises, Förderung von Kontakt- und Kommunikationsfähigkeiten (z. B. Hilfen beim Aufbau und der Pflege von Kontakten und sozialen Beziehungen, Auflösung von Isolation, Abbau und Entgegenwirken von Rückzugstendenzen), |
| 8 | Begleitung und Unterstützung beim Wechsel in die/eine neue Wohn- und Lebensform (Unterstützung bei der Wohnungssuche, beim Einzug/Umzug etc.), |
| 9 | Reflexion der persönlichen Situation, Krankheit und Ängste im Alltagsgeschehen, |
| 10 | Beratung in Konflikt-, Krisen- und Veränderungssituationen, |
| 11 | Kontaktsicherung bei stationären Krankenhausaufenthalten oder Rehabilitationsmaßnahmen in einem angemessenen Umfang. |
| 12 | Sonstiges |