



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 antragstellenden / leistungsberechtigten Person, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten (§ 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)

| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | | | | | |
|--|--|---|--|----------------------------------|--------------|
| | 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) | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungs-hilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungs-hilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | | |

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------|---|---------------------------------|---------------|
| | 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) | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| <input type="checkbox"/> Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen | | | | |
|--|--------------|---------------|--------------------|------------------------------|
| Leistungsträger | Antragsdatum | Bescheiddatum | Anspruchsgrundlage | Bewilligungszeitraum von bis |
| | | | | |

| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------|---|---------------------------------|---------------|
| | 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 | | | | | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | (mögliche Anspruchsgrundlage/n) | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Sozialen Teilhabe | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------|---|---------------------------------|---------------|
| | 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) | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |
| | <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| <input type="checkbox"/> Leistungen zur Sozialen Teilhabe | | | | | | |
|--|---|---|-----------------|---|---------------------------------|---------------|
| 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) | |
| <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |
| <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"/> RZ .0 <input type="checkbox"/> EZ .1 <input type="checkbox"/> EZ .2 <input type="checkbox"/> EZ .3 <input type="checkbox"/> EZ .4 <input type="checkbox"/> EZ kein Ziel | <input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere / r Träger, und zwar | (Voreinstufung) | (Voreinstufung) | | |

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| <input type="checkbox"/> 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 |
| <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"/> 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 |
| <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"/> Es bestehen Anhaltspunkte für einen Bedarf an Begleitung und Befähigung zur Sicherstellung der Durchführung einer stationären Krankenhausbehandlung | | | | | |
|--|---------------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Bedarfe (Bogen B) | Art der Leistung | Anspruchs- grundlage | Bewilligungs- zeitraum von bis | Leistungsträger | Leistungserbringer |
| <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 | | | | | |

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen, die nicht der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind, soweit sie für die Feststellung der Leistungen nach § 102 SGB IX erforderlich sind (z.B. Blindenhilfe, Hilfe zur Pflege) | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Bedarfe (Bogen B) | Antrag gestellt am | Art der Leistung | Anspruchs- grundlage | Bewilligungs- zeitraum 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 | | | | | |

Ergebnis - Empfehlung F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

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

Ergebnis - Empfehlung F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

| Selbsthilfe und andere Leistungen | | |
|--|--|---|
| aktivierbar | | Namen, Anschriften, Leistungsumfang und -dauer |
| <input type="checkbox"/> | Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII) | |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen der Pflegekasse (SGB XI) | |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) | |
| <input type="checkbox"/> | Mobilitätshilfen (SGB XII) | |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen nach KOF / KOV (z.B. Opferentschädigung) | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige Hilfen | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ziele (Bogen C), die keine oder noch keine Leistungen 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 |
| |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Der Träger der Eingliederungshilfe ist Leistungsverantwortlicher nach § 15 SGB IX. |
|--|

| |
|---|
| Empfehlung Termin der voraussichtlich nächsten Überprüfung |
|---|

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX wurde hingewiesen (§ 20 Abs. 3 S. 3 SGB IX). |
|---|

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Teilhabeplankonferenz gem. § 20 SGB IX

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

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

Eine Teilhabeplankonferenz 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 Teilhabeplankonferenz

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

Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- 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.
 - Es bestand hierüber Einvernehmen mit ggf. anderen beteiligten Leistungsträgern.

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.

Ergebnis - Empfehlung

F2 Bogen D

(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, Name(n) und Funktion(en) der bearbeitenden Person(en)