

Empfehlung der Leistung

Bogen 1D

(Version nur zur Ansicht)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Aktenzeichen

1. Empfehlung aufgrund der Bedarfsermittlung

Als Ergebnis der aktuellen Bedarfsermittlung und Zielplanung vom _____ wird festgestellt

<input type="checkbox"/> Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen des § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX.
--

2. Unterstützungsbedarf nach Leistungsgruppen

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

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX)

Rahmenziel-Nr.	<input type="checkbox"/> Kein Ziel
<input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Andere/r Träger, und zwar:
Leistung/en, ggf. Anspruchsgrundlagen	
<input type="checkbox"/> Die Empfehlung ist eine alternative Empfehlung, weil	

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Nr. 2 SGB IX)

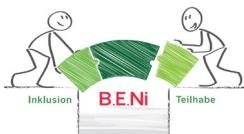
Rahmenziel-Nr.	<input type="checkbox"/> Kein Ziel
<input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Andere/r Träger, und zwar:
Leistung/en, ggf. Anspruchsgrundlagen	
Leistungsberechtigengruppe	Individuelle Hilfen (Fachleistungsstunden)
Leistungstyp	Leistungskatalog
(Hier trägt der Leistungsträger den Leistungstyp / die Leistung aus dem Leistungskatalog ein.)	
<input type="checkbox"/> Die Empfehlung ist eine alternative Empfehlung, weil	

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 SGB IX)

Leistungsträger	
Antragsdatum	_____
Bescheiddatum	_____
Anspruchsgrundlage	
Bewilligungszeitraum von bis	

Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr. 4 SGB IX)

Rahmenziel-Nr.	<input type="checkbox"/> Kein Ziel
<input type="checkbox"/> Träger der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Andere/r Träger, und zwar:
Leistung/en, ggf. Anspruchsgrundlagen	
Leistungsberechtigengruppe	Individuelle Hilfen (Fachleistungsstunden)



Empfehlung der Leistung

Bogen 1D

(Version nur zur Ansicht)

Leistungstyp	Leistungskatalog
<input type="checkbox"/> Die Empfehlung ist eine alternative Empfehlung, weil	

□ Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 5 Nr. 5 SGB IX)

Rahmenziel-Nr.	<input type="checkbox"/> Kein Ziel
□ Träger der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Andere/r Träger, und zwar:
Leistung/en, ggf. Anspruchsgrundlagen	
Leistungsberechtigengruppe	Individuelle Hilfen (Fachleistungsstunden)
Leistungstyp	Leistungskatalog
<input type="checkbox"/> Die Empfehlung ist eine alternative Empfehlung, weil	

3. Anhaltspunkte gemäß § 117 Abs. 3 und 4 SGB IX

<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit (§117 Abs. 3 SGB IX)
<input type="checkbox"/> Es bestehen Anhaltspunkte für notwendigen Lebensunterhalt (§ 117 Abs. 4 SGB IX)

4. Vorrangige oder gleichrangige gesetzliche Leistungen

<i>(Hier können mehrere Leistungen ausgewählt werden, die aktivierbar sind:)</i>
Name und Anschrift, Leistungsumfang und -dauer

5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

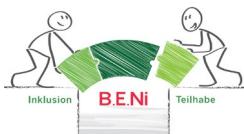
<input type="checkbox"/> Sozialberatung	<input type="checkbox"/> Suchtberatung
<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst
<input type="checkbox"/> Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Name und Anschrift, Leistungsumfang und -dauer	

6. Ablehnung von Wünschen nach § 104 Abs. 2 SGB IX

Begründung bei Ablehnung:

7. Bemerkungen / Sonstiges

Empfehlung: Termin der voraussichtlich nächsten Überprüfung am _____
Bei den im Bogen 1C formulierten Zielen handelt es sich in weitaus überwiegendem Maße
<input type="checkbox"/> um pflegerische Bedarfe (Verweis auf Lebenslagenmodell § 103 SGB IX). Begründung:
<input type="checkbox"/> Der Träger der Eingliederungshilfe ist Leistungsverantwortlicher nach § 15 SGB IX.
<input type="checkbox"/> Auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX wurde hingewiesen (§ 20 Abs. 3 S. 3 SGB IX).
Sonstiges:



Empfehlung der Leistung

Bogen 1D

(Version nur zur Ansicht)

8. Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX

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

- erfüllt. nicht erfüllt. (weiter mit Gesamtplankonferenz)

Eine Teilhabeplankonferenz ist

- erforderlich. nicht erforderlich.

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person (IP) zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

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

Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz wurde vorgeschlagen von

Begründung bei Abweichung vom Vorschlag auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz (§ 20 Abs. 1 S. 3 SGB IX):

Bei Abweichung vom Vorschlag der leistungsberechtigten Person auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- Die leistungsberechtigte Person wurde über die maßgeblichen Gründe im Rahmen eines Anhörungsverfahrens informiert (§ 20 Abs. 2 S. 1 SGB IX).

Hinweis: Es ist kein Abweichen vom Vorschlag der leistungsberechtigten Person auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz möglich, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden.

Besondere Absprachen zur Teilhabeplankonferenz:

9. Gesamtplankonferenz nach § 119 SGB IX

Eine Gesamtplankonferenz ist

- erforderlich. nicht erforderlich.

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 zur Durchführung einer Gesamtplankonferenz

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

Die Durchführung einer Gesamtplankonferenz wurde vorgeschlagen von

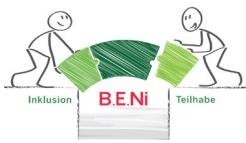
Begründung bei Abweichen vom Vorschlag auf Durchführung einer Gesamtplankonferenz (§ 119 Abs. 1 S. 3 SGB IX)

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

Besondere Absprachen zur Gesamtplankonferenz:

10. Personen / Institutionen, die bei einer Gesamt- und / oder Teilhabeplankonferenz beteiligt werden sollten

Name, Vorname	Institution / Funktion



Empfehlung der Leistung

Bogen 1D

(Version nur zur Ansicht)

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