



Name, Vorname
geboren am
Adresse

Datum
Aktenzeichen
Antragseingang
Plan erstellt von

rechtliche Betreuung	
Mitarbeitende der LE Fallkoordinator	
Mitarbeitende der LE Bezugsbetreuende	
Reha-Träger	
Andere Kostenträger	
Angehörige	
Sachbearbeitung EGH- E/GruSi	
Hilfeplanung EGH-E	
Sonstiges	

1. Das wollen Sie verändern und/oder erhalten: („Ich will...“)

Ich will...	Lebensbereich(e)	Zuständige Kostenträger

2. Das sind Ihre Teilhabeziele: (Aus dem Willen heraus erarbeitete Ziele; Smart +3 formuliert)

Ziel	Lebensbereich(e)	Zuständige Kostenträger

3. Das sind Ihre Bedarfe:

Bedarf	Lebensbereich(e)	Zuständige Kostenträger

4. So sehen Ihre Hilfen aus: (Bitte alle Kostenträger und einbezogenen Ressourcen aufführen)

Die Hilfe wird geleistet von:	Art der Hilfe	Bewilligungszeitraum/Termin Standortbestimmung:

5. Diese Hilfen sind durch die Eingliederungshilfe geplant.

Wählen Sie einen Dokumentbaustein aus.	
.....	
.....	
.....	

Dieser [bitte auswählen] ist Teil des Bedarfsermittlungsverfahrens.
Eine Bewilligung erfolgt vorbehaltlich rechtlicher Prüfung.

6. Diese Hilfen sind durch andere geplant.

Wählen Sie einen Dokumentbaustein aus.	

7. Diese Stellen werden die Hilfe erbringen.

Wählen Sie eine Dokumentbaustein aus.	

8. Diese Absprachen gibt es, damit Ihre Hilfen gut zusammen passen.

9. Das haben wir auch besprochen (Sonstiges/Bemerkungen)

10. Dieses Geld haben Sie in besonderen Wohnformen zur freien Verfügung

bitte auswählen	

11. Das sagen die beteiligten Stellen.

Reha-Träger

--	--	--	--	--

Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit: | |

Leistungsträger

--	--	--	--	--

Öffentliche Stellen

--	--	--	--	--

12. Weitere Infos zur Bedarfsermittlung.

Konferenz

bitte auswählen | |

Ergebnis der Zuständigkeits-Klärung

--

Eingesetzte Verfahren und berücksichtigte Unterlagen

- ☐ Bedarfsermittlungsverfahren der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein
- ☐ Verfahren von anderen Reha-Trägern: | |
- ☐ berücksichtigte relevante Unterlagen: | |

Erkenntnisse aus sozial-medizinischen Gutachten/ Stellungnahmen

Diagnosen nach ICD: | |

Empfohlene medizinische und therapeutische Maßnahmen: | |

Datum/ Unterschrift der Fachkraft

Teilzielvereinbarung

Meine Ziele

Datum: []

[]
Name, Vorname

[]
Geb.

Richtungsziel für die nächsten [] Monate:

[]

Meine Ziele
Was will ich erreichen?

Was will ich dafür tun? Wer oder was kann mich unterstützen?

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

Schwerpunkt der Arbeit zur Bedarfsdeckung für die nächsten <input type="text"/> Monate: <input type="text"/>

Festgestellte/r Bedarf/e aus Sicht der Fachkräfte bzw. Hilfeplanung – sofern die Antragsstellende Person nicht in der Lage ist, einen eigenen Willen und daraus ableitend Ziele zu benennen -	Wer kann mich unterstützen? Was wäre hilfreich?
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]
[<input type="text"/>]	[<input type="text"/>]

Vereinbarungen

Wer?	Macht was? / Mit wem?	Wie oft? / Wie lange?/Bis wann?
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]

Datum Leistungsberechtigte/r Fachkraft