

<input type="text"/> Planung	<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname	<input type="text"/> - <input type="text"/> Für den Zeitraum von - bis	<input type="text"/> Aktenzeichen
---------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------

Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX):

Kenntnis der Notlage durch: am:

Ergebnis der Zuständigkeitsklärung: Rechtsgrundlage:

Ggf. Weiterleitung an: am:

Rechtsbegründende Diagnose:

Beteiligte Rehabilitationsträger

Eingliederungshilfe Bundesagentur für Arbeit gesetzliche Unfallversicherung öffentliche Jugendhilfe

gesetzliche Krankenkasse Kriegsopferfürsorge gesetzliche Rentenversicherung

sonstige:

Beteiligung Pflegekasse

Eine gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit liegt vor vom:

Beteiligte öffentliche Stellen

Andere öffentliche Stellen wurden einbezogen: nein. Ja, folgende:

SGB XI (Pflegekasse) / Integrationsamt

Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Jobcenter

Betreuungsbehörde

Besondere Belange pflegender Angehöriger bei der medizinischen Rehabilitation wurden berücksichtigt:

1. Zielsetzungen in den Bereichen:

1a) Persönliche Ziele

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

1b) Selbstversorgung / Wohnen

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**1c) Arbeit und Beschäftigung
Tagesstruktur / Bildung**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**1d) Freizeit / persönliche Interessen /
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Vorname Name

Aktenzeichen

Zielsetzungen in weiteren Leistungsbereichen:

1e) Ziel:
 Indikator:

1f) Ziel:
 Indikator:

2. Leistungen der Rehabilitationsträger / anderer öffentlicher Stellen:

Bedarfsermittlung mit ITP durchgeführt: Nein Ja
 Gesamtplan-/Teilhabekonferenz hat stattgefunden: Nein Ja Datum:
 Ergänzende Instrumente:

Ergebnisse

Leistungsträger	Leistung	Leistungsumfang (pro Monat)	SL	PB	Bewilligungszeitraum	Erbringer der Leistung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Es wurde die erforderliche Feststellung nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Trägern getroffen.
- Der Leistungsberechtigte hat einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung aus wichtigem Grund **NICHT** widersprochen.
- Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX wurde berücksichtigt.
- Auf die Möglichkeit des Persönlichen Budgets wurde hingewiesen.
- Rechtsbehelfe wurden bei anderen Trägern eingelegt:
- Rechtsbehelfe waren erfolgreich:

Weitergabe der Daten aus dem ITP wurde zugestimmt Ja Nein

Aktivitäten der Leistungsberechtigten (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

Feststellung der Selbsthilferessourcen (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

Hinweise: Verbleibender Regelsatz in € pro Monat nach § 121 Abs. 4 Nr. 6 SGB IX i.V.m. § 27a Abs. 3 SGB XII.
 Das Persönliche Budget wird als Leistungsform als Gesamtsumme im Umfang von € pro Monat bewilligt.

3. Fortschreibung der Gesamt- / Teilhabepanung:

Ein (erneuter) Gesamt- / Teilhabepan ist geplant für den:
 Relevante Dokumente sind fristgerecht beim zuständigen Leistungsträger einzureichen bis zum:

Verfahrensleitender Leistungsträger:

 Datum / Unterschrift

Verteiler: