KSV SACHSEN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Höherer Kommunalverband

Kommunaler Sozialverband Sachsen

Sozial- und Entwicklungsbericht nach dem SGB IX	**Aktenzeichen:**
	Erstellungsdatum:
Name, Vorname: ,	**geb. am:**
Adresse:	
Die Aufnahme in die Betreuung beim Leistungserbringer erfolgte am	
Berichtszeitraum von **bis**	

1. Basisdaten:

Name Leistungserbringer:

Wohnsituation:

Anzahl Bewohner in d. Wohngruppe/ambulanten Wohngemeinschaft (sofern zutreffend):

2. Sofern im Berichtszeitraum neue Beeinträchtigungen hinzugetreten sind, bitte Angaben zu Art und Umfang der Beeinträchtigung und Diagnose (soweit bekannt):

1.
2.
3.
4.

Vorhandene aktuelle ärztliche Unterlagen bitte beifügen!

3. Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen /Maßnahmen ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebotes)**:**

4. Ressourcen/Fähigkeiten:

5. Umfeldhilfen:

6. Psychische, übergreifende Faktoren:

7. Aktuelle Lebenssituation:		
8. Besonderheiten:		
9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen:		
9.1	**Lernen und Wissensanwendung**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
9.2	**Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus

9.3	**Kommunikation**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
9.4	**Mobilität**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus

9.5	**Selbstversorgung**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
9.6	**Häusliches Leben**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus

9.7	**Gestaltung sozialer Beziehungen**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
9.8	**Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus

9.9	**Gemeinschafts- und soziales Leben, Freizeitgestaltung**	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus dem Dropdownfeld aus

10. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum				
10.1	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 1:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.2	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 2:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.3	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 3:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.4	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 4:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.5	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 5:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus

10.6	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 6:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.7	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 7:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.8	Teilhabeziel:			
	Maßnahmen:			
	Überprüfung zu Ziel 8:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
Ergänzende Hinweise zur Zielerreichung im Berichtszeitraum				

11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft		
11.1	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.2	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.3	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.4	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.5	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.6	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.7	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.8	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	

12. Fazit: erforderlicher Unterstützungsbedarf (Hilfeart und Dauer)	
Datum:	Name Ersteller: Für Rückfragen: Telefonnummer E-Mail-Adresse
Unterschrift Ersteller:	

13. Persönliche Sicht der leistungsberechtigten Person

Der vorstehende Sozial- und Entwicklungsbericht wurde

☐ mir zur Kenntnis gegeben

☐ mit mir gemeinsam besprochen und meine persönlichen Ziele gemeinsam vereinbart

☐ Ich möchte selbst dazu noch etwas sagen: Was ist mir besonders wichtig?

Meine „Persönliche Sicht“ auf einem gesonderten Blatt: ☐ siehe Anlage

Datum:

Unterschrift leistungsberechtigte Person	und/oder	Unterschrift rechtliche/r Betreuer/in