



|   |   |                   |  |
|---|---|-------------------|--|
| <b>Sozial- und Entwicklungsbericht nach dem SGB IX</b>  |   | Aktenzeichen:     |  |
|   |   | Erstellungsdatum: |  |
| Name, Vorname: _____ , _____  |   | geb. am: _____    |  |
| Adresse:  |   |                   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Erstbericht</b>   | <input type="checkbox"/> Die Aufnahme in der Betreuung erfolgte bereits am _____ .<br><input type="checkbox"/> Die Aufnahme ist geplant zum _____ . |                   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Folgebericht mit Berichtszeitraum von _____ bis _____</b>   |   |                   |  |
| <b>1. Basisdaten:</b>   |   |                   |  |
| Name Leistungserbringer:  |   |                   |  |
| Wohnsituation: <sup>1</sup>   |   |                   |  |
| Anzahl Bewohner in d. Wohngruppe/ambulanten Wohngemeinschaft (sofern zutreffend): <sup>2</sup>  |   |                   |  |
| <b>2. Angaben zu Art und Umfang der Behinderung (Art der Beeinträchtigung/Diagnose): <sup>3</sup></b>   |   |                   |  |
| 1.  |   |                   |  |
| 2.  |   |                   |  |
| 3.  |   |                   |  |
| 4.  |   |                   |  |
| Vorhandene aktuelle ärztliche Unterlagen bitte beifügen! <sup>4</sup>   |   |                   |  |
| <b>3. Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen /Maßnahmen ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebotes): <sup>5</sup></b> |   |                   |  |
|   |   |                   |  |
| <b>4. Ressourcen/Fähigkeiten:<sup>6</sup></b>   |   |                   |  |
|   |   |                   |  |
| <b>5. Umfeldhilfen: <sup>7</sup></b>  |   |                   |  |
|   |   |                   |  |
| <b>6. Psychische, übergreifende Faktoren: <sup>8</sup></b>  |   |                   |  |
|   |   |                   |  |
| <b>7. Aktuelle Lebenssituation: <sup>9</sup></b>  |   |                   |  |
|   |   |                   |  |
| <b>8. Besonderheiten: <sup>10</sup></b>   |   |                   |  |
|   |   |                   |  |

| <b>9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen:<sup>11</sup></b> |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| <b>9.1</b>   | <b>Lernen und Wissensanwendung<sup>12</sup></b>                           |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.2</b>   | <b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen<sup>13</sup></b>                 |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.3</b>   | <b>Kommunikation<sup>14</sup></b>   |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.4</b>   | <b>Mobilität<sup>15</sup></b>   |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.5</b>   | <b>Selbstversorgung<sup>16</sup></b>                                      |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.6</b>   | <b>Häusliches Leben<sup>17</sup></b>                                      |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.7</b>   | <b>Gestaltung sozialer Beziehungen<sup>18</sup></b>                       |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.8</b>   | <b>Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben<sup>19</sup></b>      |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |
| <b>9.9</b>   | <b>Gemeinschafts- und soziales Leben, Freizeitgestaltung<sup>20</sup></b> |                            |
|  |   |                            |
|  | Unterstützungsbedarf:   | Wählen Sie ein Element aus |
|  | Zyklus / Intensität:  | Wählen Sie ein Element aus |

| 10. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum <sup>21</sup>  |                        |                               |            |                            |
|---|------------------------|-------------------------------|------------|----------------------------|
| 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 |
| 11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft <sup>22</sup>      |                        |                               |            |                            |
| 11.1  | Teilhabeziel:          |                               |            |                            |
|   | Maßnahmen:             |                               |            |                            |
| 11.2  | Teilhabeziel:          |                               |            |                            |
|   | Maßnahmen:             |                               |            |                            |
| 11.3  | Teilhabeziel:          |                               |            |                            |
|   | Maßnahmen:             |                               |            |                            |
| 11.4  | Teilhabeziel:          |                               |            |                            |
|   | Maßnahmen:             |                               |            |                            |
| 11.5  | Teilhabeziel:          |                               |            |                            |
|   | Maßnahmen:             |                               |            |                            |
| 12. Fazit: erforderlicher Unterstützungsbedarf (Hilfeart und Dauer) <sup>23</sup> |                        |                               |            |                            |
|   |                        |                               |            |                            |
| Datum: 20.05.2021   |                        | Name Ersteller:               |            |                            |
|   |                        | Telefonnummer für Rückfragen: |            |                            |
| Stempel Leistungserbringer und Unterschrift                                       |                        |                               |            |                            |

### 13. Einverständnis

Der vorstehende Sozial- und Entwicklungsbericht wurde mir zur Kenntnis gegeben.

Es besteht die Möglichkeit, zum Sozial- und Entwicklungsbericht aus meiner persönlichen Sicht Stellung zu nehmen.

- Ja, ich möchte eine persönliche Stellungnahme abgeben.  
 siehe Anlage  wird nachgereicht  
 Nein, ich möchte keine persönliche Stellungnahme abgeben.

Die an der Beantragung der Leistung sowie an der Leistungserbringung beteiligten Personen und Dienste sind zur Einhaltung der Vorschriften zum Sozialdatenschutz gemäß § 35 SGB I und §§ 67 ff. SGB X verpflichtet.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- der Leistungserbringer den Sozial- und Entwicklungsbericht mit den erhobenen Daten (Original) einschließlich ggf. beigefügter medizinischer Unterlagen an den KSV Sachsen weiterleitet.**

*Der KSV Sachsen benötigt die Angaben/medizinischen Unterlagen, um über die (Weiter-)Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX sachgerecht entscheiden zu können. Die erhobenen Daten/Unterlagen werden ausschließlich für diesen Zweck verwendet.*

*Sofern das Einverständnis nicht erteilt wird, muss die/der Leistungsberechtigte bzw. ihr/sein rechtlicher Vertreter/in den Bericht selbst an den KSV Sachsen schicken!*

- Medizinische Unterlagen und Berichte vom KSV Sachsen an den Amtsarzt weitergeleitet werden.**

*Die/Der Leistungsberechtigte bzw. ihr/sein rechtlicher Vertreter/in kann der Weitergabe bei Dritten (z. B. bei Leistungsträger oder Leistungserbringer) vorhandenen medizinischen Unterlagen gemäß § 76 SGB X widersprechen, wenn die Unterlagen im Zusammenhang mit der Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen übermittelt worden sind. Die Mitwirkungspflicht gilt dann direkt gegenüber dem Amtsarzt.*

- Der Leistungserbringer eine Kopie des Berichtes in seine Dokumentation aufnimmt.**

Datum:

**Unterschrift der/des Leistungsberechtigten**      und/oder      **Unterschrift rechtliche/r Betreuer/in**