

Ermittlung der Hilfebedarfsgruppe

Vor-/Name:

Geburtsdatum:

Erstelldatum:

Bearbeiter:

Art des Hilfebedarfs:	Standardleistungen, die in der WfbM personendirekt und in der Arbeitsgruppe erbracht werden:	zutreffender Hilfebedarf (bitte ankreuzen)	Leistungs- aufwand Fachdienste (bitte ankreuzen)	Zeitaufwand pro Woche durch Fachkräfte (Zeitwerte eintragen)
Hilfen zur Teilnahme am Arbeitsleben und zur Persönlichkeitsentwicklung	- Hilfen zur Förderung und Aufrechterhaltung der beruflichen Fähig- und Fertigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zur Förderung und Aufrechterhaltung eines angemessenen Arbeitsverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung von sozialen Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zum Erwerb und zur Förderung lebenspraktischer Kompetenzen und Kulturtechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zur beruflichen Weiterentwicklung / Berufliche Bildung (z. B. Praktika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Arbeitsbegleitende Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Aufsichtsbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Summe Zeitwerte der Standardleistungen

Vor-/Name:
Geburtsdatum:

Art des Hilfebedarfs:	Leistungen, die in der WfbM personendirekt erbracht werden:	zutreffender Hilfebedarf (bitte ankreuzen)	Leistungs- aufwand Fachdienste (bitte ankreuzen)	Zeitaufwand pro Woche durch Fachkräfte (Zeitwerte eintragen)
Hilfen zur Gesundheitsförderung und Pflege:	- Gesundheitsprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- pflegerisch bedingte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen im Zusammenhang mit rehabilitations- medizinischen Maßnahmen wie Hilfestellung bei orthetischer und/oder prothetischer Nutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- spezielle medizinisch notwendige Therapieangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfen zur Basisversorgung:	- Hilfen bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen bei der Toilettenbenutzung, Darm- und Blasenentleerung, katheterisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen beim Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, einschließlich des mundgerechten Zubereitens, sondieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen bei der Mobilität, wie Hilfen beim Gehen, Stehen, Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfen zur Selbstversorgung, sowie Alltagsbewältigung	- Hilfen zur Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zur Unterstützung beim Umgang mit Geld und Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zur Unterstützung bei der Nutzung von Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen zu selbstständiger, von anderen Personen unabhängiger Lebensführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- soziale Einzelhilfe, d.h. Hilfen bei psychischer Problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Summe:

Vor-/Name:
Geburtsdatum:

Art des Hilfebedarfs:	Leistungen, die in der WfbM personendirekt erbracht werden:	zutreffender Hilfebedarf (bitte ankreuzen)	Leistungs- aufwand Fachdienste (bitte ankreuzen)	Zeitaufwand pro Woche durch Fachkräfte (Zeitwerte eintragen)
Hilfen bei Verhaltensauffälligkeiten, Krisenintervention:	- Besonderer Aufsichtsbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Motivationshilfen wie bspw. Antriebsmangel, zu Aktivitäten motivieren, dem „Rückzug ins Bett“ entgegenwirken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Eigenaggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Aggressionen gegen Personen und Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen bei Suchtverhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Abweichendem sexuellen Verhalten (i. Sinne von Gefährdung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Krisenintervention ggf. unter Einbeziehung anderer Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Busaufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Wegebegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Therapeutische Hilfen:	- sprachtherapeutische Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ergotherapeutische Leistungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- physiotherapeutische Leistungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- psychologische Leistungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziale und administrative Hilfen:	- Hilfen zur Kontaktfindung und -erhaltung, sowie zur Beziehungsgestaltung mit sozialem / familiärem Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Intensive Arbeit mit Eltern, Angehörigen, Betreuern und Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hilfen bei der Regelung von Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Begleitung zu Arztterminen und Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Summe:				

Vor-/Name:
Geburtsdatum:

Art des Hilfebedarfs:	Leistungen, die in der WfbM personendirekt erbracht werden:	zutreffender Hilfebedarf (bitte ankreuzen)	Leistungs- aufwand Fachdienste (bitte ankreuzen)	Zeitaufwand pro Woche durch Fachkräfte (Zeitwerte eintragen)
Besondere Hilfen / spezielle Trainings:	- Entlastungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Begleitung des Übergangs in den Ruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besondere Hilfen zur Arbeit in WfbM	- zur Gestaltung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Entwicklung individueller Hilfsmittel / Vorrichtungsbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Gliederung der Arbeit in kleinste Einzelschritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Hygiene am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsmittel reinigen und desinfizieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfen zur Ausbildung/zur Vermittlung	- Spezielle Schulungs- und Qualifizierungsangebote zum Wechsel in den Allgemeinen Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Initiierung von Hospitationen und Betriebspraktika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Beratung und Assistenz bei Besuchen von Bildungsträgern und potentiellen Arbeitgebern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Wechsel in Übergangsrgruppen, Übergangsplätzen und Außenarbeitsplätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Zusammenarbeit mit Integrationsfachdiensten, Integrationsprojekten, Integrationsbetrieben und Arbeitsassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Vermittlung zu weiterführenden Berufsbildungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Seite 4
Summe:

Übertrag Summe Zeitwerte Seite 1-3

Seite 1	Seite 2	Seite 3
---------	---------	---------

Stunden

Gesamtsumme

HBG 1 (0 - 4,5 Std.) HBG 2 (>4,5 - 9 Std.) HBG 3 (> 9 Std.)
(zutreffende Hilfebedarfsgruppe (HBG) ankreuzen)

HBG 1	HBG 2	HBG 3
--------------	--------------	--------------