

Datum

Das ist ...

- mein 1. Hilfeplan
- ein weiterer Hilfeplan.

Der letzte Hilfeplan war vom _____

Dieser Hilfeplan gilt

von _____ bis _____

Ich habe den Hilfeplan an diesem Tag gemacht: _____

Ich stelle den Antrag:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin an diesem Tag geboren: _____

Ich bin: eine Frau ein Mann

Ich bin: unverheiratet (ledig) verheiratet

verwitwet

Ich habe meinen Personalausweis / Pass aus diesem Land:

Hier verdiene ich Geld: _____

Von diesen Ämtern bekomme ich auch Geld für mein Leben:

Die nächste Frage müssen Sie nur beantworten, wenn Sie wollen:

Ich gehöre zu dieser Kirche: _____

Datum

Ich war auf diesen Schulen: _____

Ich habe diesen Schulabschluss: _____

Ich habe diese Ausbildung: _____

Ich habe diesen Abschluss: _____

Hier habe ich schon überall gearbeitet: _____

Meine Sozialversicherung

Meine Sozialversicherungsnummer: _____

Kennen Sie Ihre Stammnummer beim Arbeitsamt / ARGE? ja nein

Meine Stammnummer: _____

Name meiner Krankenkasse: _____

Kennen Sie Ihre Kundennummer bei der Krankenkasse? ja nein

Meine Kundennummer: _____

Bekommen Sie eine Rente? ja nein

Ich bekomme diese Rente:

- Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU-Rente)
- Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente)
- Altersrente

Der Rentenanspruch wurde an diesem Tag gestellt: _____

Das ist die Nummer (das Aktenzeichen) des Rentenbescheids:

Datum

Diese Person ist für mich sorgerechtig (zum Beispiel die Mutter oder der Vater oder beide Eltern, wenn man noch nicht 18 Jahre alt ist):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Das ist meine wichtigste Verwandte / mein wichtigster Verwandter oder meine wichtigste Bezugsperson (zum Beispiel Freund / Freundin):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Das ist meine wichtigste Unterstützungsperson in meiner Einrichtung (zum Beispiel Betreuerin/Betreuer oder Gruppenleiterin/Gruppenleiter):

Name: _____

Vorname: _____

Name der Behinderteneinrichtung: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum

Das ist meine Hausärztin / mein Hausarzt oder meine wichtigste Fachärztin / mein wichtigster Facharzt:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ärztin / Arzt für: _____

Gesetzliche Betreuung

Ich habe gesetzliche Betreuung? ja nein

Ich habe gesetzliche Betreuung beantragt? ja nein

Ich habe für diese Dinge gesetzliche Betreuung (beantragt):

Geld Verträge

medizinische Dinge (Ärztinnen / Ärzte)

wo ich wohne (Aufenthaltsbestimmungsrecht)

andere Dinge: _____

Meine gesetzliche Betreuerin / mein gesetzlicher Betreuer:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum

Kostenträger – Von wem bekommen Sie zurzeit Hilfe?

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Das ist meine Beeinträchtigung / Behinderung /
Krankheit / Pflegebedürftigkeit:**

**Diagnose
nach ICD 10**
(nur ausfüllen wenn
bekannt)

Diese Hilfsmittel habe ich:

(zum Beispiel einen Rollstuhl oder einen Gehwagen)

Meine Pflegestufe: I (1) II (2) III (3)

Bekommen Sie Hilfen, weil Sie auf der Straße leben (obdachlos sind)?

ja

nein

sonstige Anmerkungen:

Haben Sie letztes Jahr „Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“ bekommen?

Zum Beispiel: Eine Kur?

ja nein weiß nicht

Die „Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“ waren

- ambulant (Ich war immer nur ein paar Stunden dort.)
- teilstationäre (Ich war den ganzen Tag dort, habe aber zuhause geschlafen.)
- stationär (Ich war länger dort und habe dort geschlafen.)

Die „Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“ gingen

vom _____ bis _____

Gibt es einen Abschlussbericht? ja nein weiß nicht

Haben Sie letztes Jahr „Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ bekommen?

Zum Beispiel: Einen Computerkurs? Einen Rechtschreibkurs?

ja nein weiß nicht

Die „Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ waren

- ambulant (Ich war immer nur ein paar Stunden dort.)
- teilstationäre (Ich war den ganzen Tag dort, habe aber zuhause geschlafen.)
- stationär (Ich war länger dort und habe dort geschlafen.)

Die „Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“ gingen

vom _____ bis _____

Gibt es einen Abschlussbericht? ja nein weiß nicht

Haben Sie letztes Jahr „Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 55 SGB XII“ bekommen?

**Zum Beispiel: Hilfen, damit Sie an Freizeitkursen teilnehmen können?
und Jugendliche**

ja

nein

weiß nicht

Die „**Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff SGB XII**“ waren

ambulant (Ich war immer nur ein paar Stunden dort.)

teilstationäre (Ich war den ganzen Tag dort, habe aber zuhause geschlafen.)

stationär (Ich war länger dort und habe dort geschlafen.)

Die „Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“ gingen

vom _____ bis _____

Gibt es einen Abschlussbericht? ja nein weiß nicht

Haben Sie letztes Jahr „Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII“ bekommen?

Zum Beispiel: Hilfen, damit Sie nicht auf der Straße leben müssen?

ja

nein

weiß nicht

Die „**Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII**“ waren

ambulant (Ich war immer nur ein paar Stunden dort.)

teilstationäre (Ich war den ganzen Tag dort, habe aber zuhause geschlafen.)

stationär (Ich war länger dort und habe dort geschlafen.)

Die „Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“ gingen

vom _____ bis _____

Gibt es einen Abschlussbericht? ja nein weiß nicht

Beim Ausfüllen des Hilfeplans haben diese Personen mitgemacht:

| | ja | nein | Bemerkungen |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Ich selbst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Eine Verwandte / ein Verwandter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Eine Freundin / ein Freund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Eine Unterstützerin / ein Unterstützer aus meiner Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Meine gesetzliche Betreuerin / Mein gesetzlicher Betreuer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

So lange haben wir für den Individuell Hilfeplan gebraucht:

(Zeit in Stunden)

**Diese Person passt auf, dass mit den einzelnen Hilfen und Maßnahmen
alles klappt:**

Name: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des Büros / der Abteilung: _____

Das ist ihre Vertretung:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des Büros / der Abteilung: _____

Diese Personen machen mit und passen auf, dass alles gemacht wird, was in der Planung steht:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des Büros / der Abteilung: _____

Name: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des Büros / der Abteilung: _____

Name: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des Büros / der Abteilung: _____

Die Hilfeplanung wurde gemeinsam durchgeführt.

Ort _____ Datum _____

Meine Unterschrift: _____

(oder Unterschrift einer Bevollmächtigten/eines Bevollmächtigten / der gesetzliche Vertretung)

Unterschrift der Fachkraft: _____

Wird nur vom Sozialhilfeträger ausgefüllt:

Eine ärztliche Begutachtung bzw. Stellungnahme liegt vor nein ja, mit Datum vom

Die antragstellende bzw. die leistungsberechtigte Person gehört.

zum Personenkreis gemäß §§ 53 ff. SGB XII

zum Personenkreis gemäß § 67 SGB XII

zu keinem der genannten Personenkreise

Ich habe Ihnen sehr viele private Dinge erzählt.
Das dürfen Sie mit meinen Informationen machen:

- Sie dürfen bei dem Treffen über meinen Hilfeplan sprechen.
Sie dürfen meinen Namen sagen.

Wenn ich das nicht mehr will, sage ich es Ihnen.

- Sie dürfen bei dem Treffen über meinen Hilfeplan sprechen.
Sie dürfen meinen Namen aber **nicht** sagen.
Niemand soll wissen, dass das mein Hilfeplan ist.
-

- Ich will bei dem Treffen dabei sein.

ja

ich weiß noch nicht

Ich will diese Person zu dem Treffen mitbringen:

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

- Ich will bei dem Treffen **nicht** dabei sein.

Ich will, dass diese Person zu dem Treffen geht.
Sie soll für mich sprechen:

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Ort _____ Datum _____

Meine Unterschrift: _____

(oder Unterschrift einer Bevollmächtigten/eines Bevollmächtigten / der gesetzlichen Vertretung)

**Sie dürfen diese Informationen nur für meine Individuelle
Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz nehmen.**