

Erstellung des Hilfeplans

erster Hilfeplan Fortschreibung des Plans vom Nr.
für den Zeitraum vom bis erstellt am:

Antragsteller/in bzw. Leistungsberechtigte/r

Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail
Geburtsdatum: Geschlecht: w m Familienstand Konfession*
Staatsangehörigkeit Art des Einkommens

Schulischer Werdegang, ggf. Abschluss:

Beruflicher Werdegang ggf. Abschluss:

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungsnummer: Stammmnummer bei Bundesagentur f. Arbeit/ ARGE **:
Art der Rente: Rentenantrag vom AZ des Rentenbescheides
Kundennummer bei der Krankenkasse **: Name der Krankenkasse **:

Personensorgeberechtigte/r

Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail

Nächste/r Angehörige/r bzw. nächste persönliche Bezugsperson

Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail

Fachkraft (professionelle Bezugsperson)

Name PLZ, Ort Tel.:
Einrichtung Straße mail

Behandelnder Hausarzt/ Facharzt **

Name PLZ, Ort Tel.:
Fachrichtung Straße mail

Gesetzliche Betreuung

nein beantragt, für folgende Wirkungskreise:
 ja, für folgende Wirkungskreise:
Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail

Kostenträger

PLZ, Ort Tel.:
Straße mail

Beeinträchtigung/ Behinderung/ Krankheit/ Pflegebedürftigkeit:

Diagnose nach ICD 10**

Hilfsmittel:

Pflegestufe: Art der besonderen Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII:

sonstige Anmerkungen:

* Angabe freiwillig ** Soweit bekannt

Wurden im letzten Jahr Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation geleistet?

nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden im letzten Jahr Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben geleistet?

nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden im letzten Jahr Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 SGB XII ff geleistet?

nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden im letzten Jahr Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII geleistet?

nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An der Erstellung des Hilfeplans haben mitgewirkt

	ja	nein	Bemerkungen:
Klient/in.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige/ private Bezugsperson.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkraft (professionelle Bezugsperson).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesetzliche/r Betreuer/in.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benötigte Zeit für die Erstellung des individuellen Hilfeplans (Zeit in Stunden)

Koordinierung der einzelnen Hilfen und Maßnahmen

Name Institution/Abteilung

Tel.: Fax mail

Vertretung:

Name Institution/Abteilung

Tel.: Fax mail

An der Umsetzung der Planung Beteiligte

Name Institution/Abteilung

Tel.: Fax mail

Name Institution/Abteilung

Tel.: Fax mail

Die Hilfeplanung wurde gemeinsam durchgeführt.

Ort Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/
(bzw. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche Vertretung)

Fachkraft (Bezugsperson)