

Sozialdaten

PLANUNGSZEITRAUM

von: bis:

Geburtsdatum

Geschlecht

Aktenzeichen

Lebenssituation

Name Sorgeberechtigte*r Verwandtschaftsstatus

Adresse

Telefon / E-Mail

ggf. Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Adresse

Telefon / E-Mail

Sorgerechtssituation: alleinig gemeinsam
Ggf. Name der 2. sorgeberechtigten Person, Adresse, E-Mail, Telefon

Wirkungs- / Aufgabenkreis:
 vollumfänglich oder Teile der Sorge:

Ggf. weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte (z. B. Amtsvormundschaft, -pflege / gesetzliche Betreuung) für das Kind

Aktuelle Familiensituation (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

Aktuelle Bildungssituation:

Zurückstellung Schulbesuch

Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel

(z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Logopädie Ergotherapie Physiotherapie Heilpädagogische Leistungen

Bisherige Abstimmungen:

Vertrauensperson nach § 113 Abs. 6 SGB IX bei Krankenhausaufenthalt notwendig

Behinderung, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft führen kann:

	droht	liegt vor	ggf. Erläuterungen, z. B. ICD-Diagnosen:
körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
seelische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinnesbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Soz.-med. Stellungnahmen: nein ja / Datum: Bemerkungen:

GdB vorhanden? nein ja / Umfang: Merkzeichen:

Leistungen nach SGB XI: nein ja / **Pflegegrad:** Pflegegrad beantragt kein Pflegegrad

Leistungen nach SGB V: nein ja / Bemerkungen:

Leistungen nach SGB VIII: nein ja / Bemerkungen:

Beeinträchtigungen der Sorgeberechtigten / leibliche Eltern:

ERLÄUTERUNGEN	
-	keine Beeinträchtigung
v	verzögert

•	leichte Ausprägung
••	mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
•••	erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

••••	voll ausgeprägte Beeinträchtigung
∅	nicht anwendbar / feststellbar
i	weitere Informationen nötig

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes ein:

Bereich: **Lernen und Wissensanwendung**

- d 110 Zuschauen
- d 115 Zuhören
- d 120 Andere sinnliche Wahrnehmungen
- d 130 Nachmachen, nachahmen
- d 131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen
- d 132 Informationen erwerben
- d 133 Sprache erwerben
- d 134 Zusätzliche Sprache erwerben
- d 135 Üben
- d 137 Konzepte aneignen
- d 155 Sich Fertigkeiten aneignen
- d 160 Aufmerksamkeit fokussieren
- d 161 Aufmerksamkeit lenken
- d 163 Denken
- d 175 Probleme lösen
- d 177 Entscheidungen treffen
-

Bereich: **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

- d 210 Einzelaufgaben übernehmen
- d 220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- d 250 Sein Verhalten steuern
-

Bereich: **Kommunikation**

- d 310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
-
- d 315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen
- d 330 Sprechen
- d 331 Präverbale Mitteilungen produzieren
-
- d 350 Konversation
-

Bereich: **Mobilität**

- d 410 Eine elementare Körperposition wechseln
- d 415 In einer Körperposition bleiben
- d 420 Sich verlagern
- d 430 Gegenstände anheben und tragen
- d 435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen
- d 440 feinmotorischer Handgebrauch
- d 445 Hand und Arm gebrauchen
- d 450 Gehen
- d 455 Sich auf andere Weise fortbewegen
- d 460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- d 465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen
- d 470 Transportmittel benutzen
-

ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ☒ nicht anwendbar / feststellbar
- i weitere Informationen nötig

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes ein:

Bereich: Selbstversorgung

- d 510 Sich waschen
- d 520 Seine Körperteile pflegen
- d 530 Die Toilette benutzen
- d 540 Sich kleiden
- d 550 Essen
- d 560 Trinken
- d 570 Auf seine Gesundheit achten
- d 571 Auf eigene Sicherheit achten
-

Bereich: Häusliches Leben

- d 660 Anderen helfen
-

Bereich: Interpersonelle Interaktionen

- d 710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten
- d 7104 Soziale Zeichen in Beziehungen
- d 7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen
- d 7106 Unterscheidung bekannter Personen
- d 730 Mit Fremden umgehen
- d 760 Familienbeziehungen
-

Bereich: Bedeutende Lebensbereiche

- d 810 Informelle Bildung
- d 880 Sich mit Spielen beschäftigen
- d 8800 Solitärspiele
- d 8801 Beobachtungsspiel
- d 8802 Parallelspiel
- d 8803 gemeinsames Kooperationspiel
-
-

Bereich: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

- d 910 Gemeinschaftsleben
- d 920 Erholung und Freizeit
- d 930 Religion und Spiritualität
- d 940 Menschenrechte / Kinderrechte
-

Wesentliche / drohende Behinderung festgestellt

Nein Ja Wer? / Wann?:

Wesentliche Teilhabe-Einschränkung liegt vor?

Nein Ja Begründung:

Wurde Förder- und Behandlungsplan Teil C ausgelöst?

Nein Ja

Datum:
Unterschrift Bearbeitung:

**1) Entwicklungsfokus
des Kindes:**

**2) Ziele der
Bezugsperson /
Sorgeberechtigten:**

3a) Lebensort des Kindes:

Aktueller Stand

Veränderungen im
Planungszeitraum

3b) Bildung und Erziehung:

**4) Stichworte zur aktuellen Situation /
Umweltfaktoren des Kindes**

**a) Aktuelle Situation in der Familie /
in der Erziehungssituation:**

**b) Umweltfaktoren / Unterstützung und
Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation:
Materielle Situation (e 165),
Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125), usw.:**

**c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der
Beziehungen zum Kind aus den Bereichen:
Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320),
persönliche Hilfspersonen (e 340), Pädagogen,
z. B. Kita (e 360), usw.:**

5) Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte sowohl auf die Ziele des Kindes als auch der Bezugsperson /
Sorgeberechtigten eingehen und kenntlich machen

Persönliche Ziele für das Kind:

Ziel 1:

Indikator:

Ziel 2:

Indikator:

Ziel 3:

Indikator:

**Ziele für das Kind im Bereich
Versorgung / häusliches Leben:**

Ziel 4:

Indikator:

Ziel 5:

Indikator:

**Ziele für das Kind im Bereich soziales Leben
und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:**

Ziel 6:

Indikator:

Ziel 7:

Indikator:

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten des Kindes und der Bezugsperson oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

- ICF Kapitel Aktivität**
- 1 Lernen / Wissensanwendung
 - 2 Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
 - 3 Kommunikation
 - 4 Mobilität
 - 5 Selbstversorgung
 - 6 Häusliches Leben
 - 7 Interpersonelle Interaktionen
 - 8 Bedeutende Lebensbereiche
 - 9 Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

- ERLÄUTERUNGEN**
- keine Beeinträchtigung
 - v verzögert
 - leichte Ausprägung
 - mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
 - erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
 - voll ausgeprägte Beeinträchtigung
 - ∅ nicht anwendbar / feststellbar
 - i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbez. Hilfe
- 7 selbstorgan. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?					Ggf. profession. Kommentar
1	d 110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 132 Informationen erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 133 Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 134 Zusätzliche Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 135 Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 137 Konzepte aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 160 Aufmerksamkeit fokussieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 161 Aufmerksamkeit lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 163 Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	d 177 Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<hr/>									
2	d 210 Einzelaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	d 220 Mehrfachaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	d 250 Sein Verhalten steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<hr/>									
3	d 310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	d 315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	d 330 Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	d 331 Präverbale Mitteilungen produzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	d 350 Konversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Fortsetzung: Was ist bei der Planung zu berücksichtigen?

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

- ICF Kapitel Aktivität**
- 1 Lernen / Wissensanwendung
 - 2 Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
 - 3 Kommunikation
 - 4 Mobilität
 - 5 Selbstversorgung
 - 6 Häusliches Leben
 - 7 Interpersonelle Interaktionen
 - 8 Bedeutende Lebensbereiche
 - 9 Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

- ERLÄUTERUNGEN**
- keine Beeinträchtigung
 - v verzögert
 - leichte Ausprägung
 - mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
 - erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
 - voll ausgeprägte Beeinträchtigung
 - ∅ nicht anwendbar / feststellbar
 - i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- 1 keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- 2 Information, Orientierung, Anleitung
- 3 Kompensation / Übernahme
- 4 individuelle Planung und Feedback
- 5 begleitende, übende Unterstützung
- 6 regelmäßige und personenbez. Hilfe
- 7 selbstorgan. Assistenzleistung
- 8 s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?	Ggf. profession. Kommentar
4 d 410 Elementare Körperposition wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 415 In einer Körperposition bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 420 Sich verlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 430 Gegenstände anheben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 440 Feinmotorischer Handgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 445 Hand und Arm gebrauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 450 Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 455 Sich auf andere Weise fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d 470 Transportmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 510 Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 520 Seine Körperteile pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 530 Die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 540 Sich kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 550 Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 560 Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 570 Auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d 571 Auf eigene Sicherheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 d 660 Anderen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d 710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d 104 Soziale Zeichen in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d 7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d 7106 Unterscheidung bekannter Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d 730 Mit Fremden umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d 760 Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d 810 Informelle Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d 880 Sich mit Spielen beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d 8800 Solitärspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d 8801 Beobachtungsspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d 8802 Parallelspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d 8803 Gemeinsames Kooperationspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d 910 Gemeinschaftsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d 920 Erholung und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d 930 Religion und Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d 940 Menschenrechte / Kinderrechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Klärung des Bedarfs im Bereich soziales Leben / Spiel bei mehreren Beteiligten

Entwicklungsfokus des Kindes:

Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

Aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Kindertagesbetreuung:

Persönliche Situation:

Soziale Beziehungen in der KiTa / Gruppensituation:

Einschränkungen:

Umfeldfaktoren:

Personelle / sächliche / räumliche Bedingungen in der Kindertagesbetreuung:

Konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Kindertagesbetreuung:

Ziel 6:

Ziel 7:

Indikator:

Indikator:

Personenbezogene Ressourcen / zusätzliche Leistungen in der KiTa:

Aktivierbare Hilfen im Umfeld:

Geplantes Vorgehen:

Ziel 6:

Ziel 7:

11) Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

a) Persönliche Ziele für das Kind:

1: Vorgehen in diesem Bereich:

2: Vorgehen in diesem Bereich:

3: Vorgehen in diesem Bereich:

b) Ziele im Bereich Versorgung / häusliches Leben:

4: Vorgehen in diesem Bereich:

5: Vorgehen in diesem Bereich:

c) Ziele für soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:

6: Vorgehen in diesem Bereich:

7: Vorgehen in diesem Bereich:

12) Erbringung:

Benennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Mitarbeiter selbständig (mit Assistenz)

13) Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs

Zyklus und Höhe des Aufwands

a) Erbringung durch:

Zyklus:

Aufwand:

b) Erbringung durch:

Zyklus:

Aufwand:

c) Erbringung durch:

Zyklus:

Aufwand:

Andere erzieherische Leistungen / andere Sozialleistungen:

Pflegerische Unterstützung (siehe ggf. auch Zusatzbogen PU)

14. Bisherige Erfahrungen der Sorgeberechtigten / des Kinds mit Hilfen:

15. Abweichende Sichtweisen skizzieren von Mitarbeiter*in Sorgeberechtigte Kind:

16. Leiter*in des Verfahrens

Name

Telefon

Anschrift

Bogenassistentz

Name

Telefon

Anschrift

**Vertretung
Bogenassistentz**

Name

Telefon

Anschrift

Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart: nein ja
unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

17. Sorgeberechtigte: Den ITP habe ich am _____ erhalten.

Der ITP wird zur Durchführung der Maßnahmen / Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch IX benötigt.

Die im ITP formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen

werden von mir unterstützt,

können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

Ich bin damit einverstanden, dass der ITP den am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Amtsvormund / -pflege: _____

Leistungserbringer: _____

Andere Reha-Träger: _____

Wenn nicht einverstanden, bitte die Beteiligten eintragen, welchen der Teilhabeplan nicht zur Verfügung gestellt werden soll:

18. Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung / Datenschutz

Derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Er hat auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Werden diese Mitwirkungspflichten verletzt, kann der Sozialleistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

Alle gemachten Angaben in diesem ITP dienen der Planung der Teilhabeleistungen für den Vereinbarungszeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r / ggf. Amtspflege

Datum / Unterschrift Leiter*in des Verfahrens

Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP FrüKi wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- PU (Pflegerische Unterstützung)
- C (Herausforderndes Verhalten)

Datum / Unterschrift Leiter*in des Verfahrens

Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis

ZEITRAUM von: bis:

Allgemeine Ziele
für das Kind

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Versorgung /
häusliches Leben

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Soziales Leben und
bedeutende Lebens-
bereiche / Spiel

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Antragsteller*in: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung Sorgeberechtigte*r / ggf. Kind / mangelnde Unterstützung:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Weitergewährung EGH wird beantragt.

Unterschrift antragstellende Person bzw. gesetzl. Vertr.

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Unterschrift Sorgeberechtigte*r / ggf. 2. Sorgeberechtigte*r / ggf. Amtspflege

Datum / Unterschrift Leiter*in des Verfahrens