

Gesamt- bzw. Teilhabeplan (gem. § 121 SGB IX)

Zusammenfassung der festgestellten Leistungen

Aktenzeichen:	
Datum des vorliegenden Antrags:	
Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Gesamtplanung verantwortlichen Träger der Eingliederungshilfe:	
<input type="checkbox"/> Erster Gesamtplan vom: <input type="checkbox"/> Erster Teilhabeplan vom:	<input type="checkbox"/> Fortschreibung des Gesamtplans vom: <input type="checkbox"/> Fortschreibung des Teilhabeplans vom:
Beginn der Gesamtplanung am:	Beginn der Teilhabeplanung am:
Termin der Wiedervorlage/Wirkungskontrolle:	

1. Angaben zur nachfragenden Person

Name, Vorname(n):
Straße, Hausnummer:

2. Wurden neben dem Träger der Eingliederungshilfe noch andere öffentliche Stellen an der Gesamtplanung beteiligt?

Beteiligung:			Ergebnisse der Beteiligung
Pflegekasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Integrationsamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Jobcenter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vormund(schaft) bzw. Jugendamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Träger der Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige öffentliche Stellen und zwar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

3. Hat eine Gesamtplankonferenz stattgefunden?

<input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein, weil:
----------------------------------	--------------------------------------

4. Nach § 15 SGB IX beteiligte Rehabilitationsträger – Feststellungen der/des beteiligten Rehabilitationsträger/s (Ist nur auszufüllen, wenn ein Teilhabeverfahren durchgeführt wird!)

Beteiligte Rehabilitationsträger	Splitting gem. § 15 Abs. 1	Beteiligung gem. § 15 Abs.2	Leistungserbringung im eigenen Namen gem. § 15 Abs. 3 S. 1	Zeitpunkt der Beteiligung	Zeitpunkt der Rückmeldung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

5. Hat eine Teilhabekonferenz stattgefunden?

<input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein, weil:
----------------------------------	--------------------------------------

- Bei der Bedarfsfeststellung wurden alle in Betracht kommenden Leistungen von allen möglichen Rehabilitationsträgern berücksichtigt.
- Die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die zustehenden Leistungen erbracht werden.
- Der Antragsteller/die Antragstellerin ist damit einverstanden, dass die Leistungen vom jeweils zuständigen Rehabilitationsträger erbracht werden.

6. Die Zusammenfassung der insgesamt festgestellten Bedarfe der Gesamtplanverfahren finden sich in der Anlage. Ergänzungen mit Bezug zu den Leistungen der anderen Rehabilitationsträger:

7. Weitere zentrale Aspekte

a) Wurden die Aktivitäten der leistungsberechtigten Person berücksichtigt?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	
b) Verfügt die leistungsberechtigte Person über aktivierbare Selbsthilferessourcen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	
c) Sonderpädagogisches Gutachten liegt vor?	
<input type="checkbox"/> ja, vom:	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	

d) Sozialmedizinisches Gutachten liegt vor?	
<input type="checkbox"/> ja, vom:	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	
d) Diagnostik- und Behandlungsplan der Frühförderung liegt vor?	
<input type="checkbox"/> ja, vom:	<input type="checkbox"/> nein
Ergebnis:	

8. Planung/Ausgestaltung und zeitlicher Bezug der Leistungserbringung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens finden sich im Anhang. Ergänzungen mit Bezug zu den Leistungen der anderen Rehabilitationsträger im Teilhabeverfahren:

Art und Umfang der Leistung	Rehabilitationsträger	Leistungscoordination: Angaben zur inhaltlichen und zeitlichen Verknüpfung der Leistungen	Zeitraum und Ort der Leistung	Name und Anschrift der vorgesehenen Leistungserbringer

9. Das Wunsch- und Wahlrecht gem. § 8 SGB IX in Bezug auf pauschale Geldleistung als persönliches Budget wurde berücksichtigt:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil:
-----------------------------	--------------------------------------

10. Eingesetzte Verfahren und Instrumente sowie Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle:

--

11. An der Erstellung des Gesamt- bzw. Teilhabeplans haben mitgewirkt:

- die leistungsberechtigte Person
- die Sorgeberechtigten
- andere Beteiligte und zwar:

12. Gesamt- bzw. Teilhabeplan wurde erstellt von:

Name:
Institution/Anschrift:
Tel./Fax/E-Mail:
Unterschrift des/der Fallmanager*in

13. Einwilligungserklärung

***Hinweis:** Vor dem Hintergrund des durch die EU-DSGVO ab Mai 2018 geänderte Datenschutzrechts werden konkrete Formulierungsvorschläge für Einwilligungserklärungen zeitnah in einem eigenständigen Vorhaben trägerübergreifend erörtert und abgestimmt. Bis auf weiteres werden an dieser Stelle trägerspezifische Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung (u. a. Datenerhebung, -verwendung, -übermittlung) verwendet.*