**Individuelle Gesamtplanung für Kinder und Jugendliche in Rheinland-Pfalz: Mantelbogen**

# Antragsstellung und Gesamtplanung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe wurde am       gestellt | | Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe liegt noch nicht vor |
| erster Gesamtplan | Fortschreibung des Gesamtplans vom | Nr. |
| für den Zeitraum vom       bis | | erstellt am: |

**1. Angaben zum jungen Menschen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: | PLZ, Ort: | | Telefon: |
| Vorname: | Straße: | | E-Mail: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht |  |  |
|  | | | |
| Staatsangehörigkeit: | Ggf. Aufenthaltstitel: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personensorgeberechtigte/r** | | |
| Name: | PLZ, Ort: | Telefon: |
| Vorname: | Straße: | E-Mail: |
| Regelung elterliche Sorge: |  |  |
| **Personensorgeberechtigte/r** | | |
| Name: | PLZ, Ort: | Telefon: |
| Vorname: | Straße: | E-Mail: |

**Aktuelle Wohn- und Lebenssituation**

|  |
| --- |
|  |

**Aktuell besuchte Einrichtungen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tagespflege (z.B. Name Kita oder Hort, ggf. AnsprachpartnerIn): |  |
| Schulbesuch (Name der Schule / Schulform / ggf. AnsprechpartnerIn): |  |
| Sonstiges: |  |

**2. Beeinträchtigung, Pflegebedarf und gesundheitliche Situation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art der Beeinträchtigung(en) (Mehrfachnennungen möglich) i. S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX** | | | | | | | | | | |
| Es liegt eine    drohende | | | geistige Beeinträchtigung  seelische Beeinträchtigung  körperliche Beeinträchtigung  Sinnesbeeinträchtigung  vor. | | | | | | | | |
| Schwerbehindertenausweis: | | ja | | | nein | | beantragt | | ggf. Befristung: | | |
| Grad der Behinderung | | v.H. | | | | | | | | | |
| Merkzeichen: | | | | | | | | | | | |
| **Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)** | | | | | | | | | | |
| keine Einstufung | Einstufung und zwar | | | | | | | | | |
|  | Pflegegrad 1 | | | Pflegegrad 2 | | Pflegegrad 3 | | Pflegegrad 4 | | Pflegegrad 5 |
|  | Beginn der Anerkennung:       Ggf. Befristung: | | | | | | | | | |
| Art der Leistung:  Pflegegeld  Pflegesachleistung  Kombinationspflege | | | | | | | | | | |
| MDK-Gutachten liegt vor. | | | | | | | | | | |
| Versorgung mit Hilfsmitteln: | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kranken- und pflegeversichert durch:** | Vater  Mutter  sonstige | | | Name der Krankenkasse: | |
| Krankenversicherungsnummer | | | | | |
| **Behandelnde ÄrztInnen** | | | | | |
| Name: | PLZ, Ort: | | | Telefon: | |
| Vorname: | Straße: | | | E-Mail: | |
|  |  | | |  | |
| Name: | PLZ, Ort: | | | Telefon: | |
| Vorname: | Straße: | | | E-Mail: | |
|  |  | | |  | |
| Name: | PLZ, Ort: | | | Telefon: | |
| Vorname: | Straße: | | | E-Mail: | |
| **Gesundheitliche Situation – aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel) (Sofern bekannt)** | | | | | |
| Bezeichnung/Beschreibung | | ICD-Code | festgestellt durch | | am |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| **Vorliegender Gutachten nach ICF-CY (Sofern bekannt)** | | | | | |
| Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor? | | | festgestellt durch | | am |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |

Aktuelle Medikation und zwar:

|  |
| --- |
|  |

**3. Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger und Vorhandensein privatrechtlicher Ansprüche**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger** | | | | | | |
| **Leistungen** | **beantragt** | | **bewilligt** | **abgelehnt** | **Leistungsträger** | **von ... bis ...** |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| **Privatrechtliche Ansprüche gegen Andere** | | | | | | |
| nein  ja, und zwar: | |  | | | | |