

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Basisbogen -

Name

AZ:

Erstantrag **X**

Folgeantrag

Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Familienstand

Aktenzeichen:

Anzahl und Alter der Kinder

Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Email

Bankverbindung: Kasse

Konto-Nr.

BLZ

IHP für den Zeitraum von

bis

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person unter Beteiligung von

M. Mustermann (*Dipl.-Sozialarbeiterin, SpZa, Bezugsperson – Malteser-Johanniter-Johanneshaus gGmbH*)

P. Mustermann (*Angehörige Mutter etc.*)

R. Mustermann (*staatl. anerk. Ergotherapeut, Bezugsperson in der tagesstrukturellen Förderung*)

L. Mustermann (*Ex-In Genesungsbegleiterin*)

W. Mustermann (*Dipl.-Sozialarbeiter, SpZa, Ex-In Dozent – Controlling / Fallmanagement*)

Für Rückfragen steht zur Verfügung

Name

Vorname

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Email

Rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person

Name

Vorname

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Email

Wirkungskreis

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfverordnung
körperliche Behinderung
psychische Behinderung

geistige Behinderung
Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10
Klartext:

Individuelle Hilfeplanung des LVR - Basisbogen -
Name _____ **AZ:** _____

Pflegestufe nach SGB XI: _____ **Pflegestufe:** „0“ _____ I _____ II _____ III _____
(Zutreffendes bitte ankreuzen) (Vorliegende Arztberichte und Pflegegutachten beifügen)

Anmerkungen / Hinweise:

Krankenkasse
Name der Krankenkasse _____
PLZ _____ Ort _____ Straße/Postfach _____
Telefon _____ Email _____

Leistungen auch anderer Leistungsträger <small>(zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)</small>	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Leistungsträger
	Zutreffendes bitte ankreuzen			
hauswirtschaftliche Hilfen				
Hilfen zur Wohnraumgestaltung				
Kraftfahrzeughilfe				
Leistungen zur Pflege nach SGB XI bzw. SGB XII				
häusliche Krankenpflege gem. SGB V				
Soziotherapie				
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Psychotherapie				
medizinische Rehabilitation (ambulant oder stationär)				
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben				
Beschäftigung im Arbeitsbereich einer WfbM				
Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz				
Andere Leistungen, nämlich				

(Bescheide der letzten 12 Monate vor Antragstellung bitte beifügen)

X Ich wurde darüber beraten, dass ich die Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann.

Ich beantrage folgende Leistungen teilweise als Persönliches Budget:

Ich beantrage folgende Leistungen vollständig als Persönliches Budget:

X Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Hilfeplanung des LVR erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes gem. § 58 SGB XII verwendet werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass der LVR seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß § 14 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den LVR als überörtlichen Träger der Sozialhilfe, den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger, bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift der Antrag stellenden Person _____ Unterschrift gesetzliche Vertretung _____

Individuelle Hilfeplanung des LVR -

ERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN

im Rahmen des Individuellen Hilfeplanes des Landschaftsverbandes Rheinland

Antragstellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name Vorname Geburtsdatum

rechtliche Betreuung

Name Vorname

Ich habe einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe gestellt und hierfür einen Individuellen Hilfeplan erarbeitet.

Ich wurde darüber informiert, dass dieser Hilfeplan in der regional zuständigen Hilfeplankonferenz (HPK) vorgestellt wird.

Mir wurde erklärt, dass die HPK ein fachkompetentes Gremium ist, welches überprüft ob die im Hilfeplan dargestellten Maßnahmen erforderlich sind, um die von mir genannten Ziele zu erreichen. Außerdem wird dort geklärt, wie ich die erforderlichen Hilfen erhalten kann.

Grundsätzlich besteht die HPK aus folgenden Mitgliedern: Vertretungen des überörtlichen und des örtlichen Sozialhilfeträgers sowie anderer Leistungsträger, des Gesundheitsamtes/der Behindertenkoordination, Vertretungen von ambulanten und stationären Leistungsanbietern sowie entweder vom SPZ (Sozialpsychiatrisches Zentrum) oder der KoKoBe (Kordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit geistiger Behinderung).

Alle Mitglieder der HPK haben sich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Hilfeplan in der HPK unter Nennung meines Namens besprochen wird.

Ich möchte, dass mein Hilfeplan in der HPK nur in anonymisierter Form besprochen wird und Rückschlüsse auf meine Person nicht möglich sind.

Ich möchte an der Hilfeplankonferenz teilnehmen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden
bzw. zur Leistung berechtigten Person

Unterschrift rechtliche Vertretung

Individuelle Hilfeplanung des LVR	- Gesprächsleitfaden -
AZ:	

Individuelle Hilfeplanung des LVR	- Gesprächsleitfaden -
erster IHP Fortschreibung des IHP vom Nr. AZ.: für den Zeitraum vom bis erstellt am von	

I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es ist die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht.

I. Wie und wo ich wohnen will
Was ich den Tag über tun oder arbeiten will
Wie ich mit anderen Menschen zusammen leben will (Beziehungen zu anderen Menschen, nicht wohnen)
Was ich in meiner Freizeit machen will
Was mir sonst noch sehr wichtig ist

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

AZ:

II. Wie und wo ich jetzt lebe (Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)

Ergänzende fachliche Sicht

In den fachlichen Stellungnahmen sind themenbezogen die oben benannten mitwirkenden Personen mit ihrer Sichtweise und Einschätzung separat kenntlich zu machen; Zitat der Ergebnisse von Helferrunden mit Nutzer und Angehörigen. Es muss nicht jeder überall was beitragen. Nur ICF und Genesung –relevante Beiträge.

III. Was ich ohne große Probleme machen kann

Ergänzende fachliche Sicht

AZ:

CHECKLISTE: ICF-Screening von Fähigkeiten und Ressourcen:

Was Herr/Frau X tun könnte ohne Unterstützung!

1: kein Problem

2: ein leichtes Problem = 25 % der Zeit und Intensität die eine Person tolerieren kann und in den letzten 30 Tagen selten auftrat.

3: ein mäßiges Problem = 50 % der Zeit und Intensität die eine Person in ihrer alltäglichen Lebensführung stört und in den letzten 30 Tagen gelegentlich auftrat.

Checkliste / Nur relevante Punkte bewerten und konkret beschreiben:

- | | |
|---|---------------------------------|
| - Lernen und Wissensanwendung | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| -allgemeine Aufgaben und Anforderungen | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - Kommunikation | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - Mobilität | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - Selbstversorgung | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - häusliches Leben | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - Interpersonelle Interaktion und Beziehungen | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - bedeutende Lebensbereiche | (kein Problem / leicht / mäßig) |
| - Gemeinschafts-,
soziales und staatsbürgerliches Leben. | (kein Problem / leicht / mäßig) |

IV. Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will

Ergänzende fachliche Sicht

V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann

Ergänzende fachliche Sicht

CHECKLISTE: Amtliche Beurteilungsmerkmale der ICF /Score Benennung Prozentintervall

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

AZ:

xxx.0: Problem **nicht vorhanden** (kein, ohne, vernachlässigbar,...) 0 – 4 %
 xxx.1: Problem **leicht** ausgeprägt (gering, niedrig...) 5 – 24 %
 xxx.2: Problem **mäßig** ausgeprägt (mittel, ziemlich...) 25 – 49 %

xxx.3: Problem **erheblich** ausgeprägt (hoch, extrem...) 50 – 95 %

xxx.4: Problem **voll ausgeprägt** (vollständig, komplett,...) 96 – 100 %

Was Herr/Frau X nicht tun kann /könnte ohne Unterstützung!

- eine erhebliche oder vollständige Behinderung im Sinne des ICF,
 was bedeutet ein Problem ist mehr als 50 % der Zeit mit einer
 Intensität gegeben, die die tägliche Lebensführung der Person teilweise
 unterbricht und das in den letzten 30 Tagen häufig auftritt.
- eine vollständige Beeinträchtigung bedeutet, ein Problem liegt in mehr
 als 95 % der Zeit vor, welches die tägliche Lebensführung der Person
 vollständig unterbricht und täglich in den letzten 30 Tagen auftrat.

Aktivitätsbereiche, die zur Beschreibung des Bedarfs bedeutungslos sind, bleiben außer Acht.

- Lernen und Wissensanwendung (erhebliche B. / vollständige B.)
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen (erhebliche B. / vollständige B.)
- Kommunikation (erhebliche B. / vollständige B.)
- Mobilität (erhebliche B. / vollständige B.)
- Selbstversorgung (erhebliche B. / vollständige B.)
- häusliches Leben (erhebliche B. / vollständige B.)
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen (erhebliche B. / vollständige B.)
- bedeutende Lebensbereiche (erhebliche B. / vollständige B.)
- Gemeinschafts-,
 soziales und staatsbürgerliches Leben. (erhebliche B. / vollständige B.)

VI. Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will

Ergänzende fachliche Sicht

VII. Was weiter wichtig ist, (bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen, ...), um mich oder meine Situation zu verstehen

Ergänzende fachliche Sicht

AZ:

Wesentliches aus Biografie und Verlauf

Checkliste / Daten zum Fallüberblick

Zur Diagnostik nach ICD 10:

Individuelles Erscheinungsbild der psychischen Störungen:

Wodurch fällt Herr / Frau X Symptomatik individuell auf; Teilhabe-Auswirkungen in Kurzform

Zur medikamentösen Therapie:

Medikamentennamen und Dosierung, kurze Erklärung

Wie wirkt Herr / Frau X in der medikamentösen Einstellung auf uns? Gut eingestellt, zu sediert, Nebenwirkungen!

Wie erlebt das Herr / Frau X selber? Welche Haltung hat Herr X / Frau X gegenüber der medikamentösen Therapie?

Biografische Daten / Verlauf in Kurzform:

Tabellarischer Überblick mit Hervorhebung wesentlicher Punkte:

Elternhaus, Kindheit, Kindergarten, Schule, Ausbildung, erste Anzeichen, Ausbruch der Erkrankung, selbst- oder fremdgefährdende Handlungen, Behandlungen, Therapien und deren (auch selber erlebte Wirkung / Bewertung der Angehörigen)

Aktuelle Situation:

Wie geht es dem Klienten jetzt / wo steht er/sie in seiner / ihrer Entwicklung

Perspektive:

Wohin geht der Weg des Klienten / der Klientin im Überblick (kurz) mit unserer Unterstützung?

Unser Unterstützungskonzept:

Nur Themen im Überblick benennen

z.B. a) tagesstrukturelle Stabilisierung b) Entwicklung v. ansatzweise Selbstkenntnis im Umgang mit sich / die eigene Symptomatik c) Grad der Akzeptanz und Kompetenz in der medikamentösen Therapie d) Training zu mehr Selbständigkeit in der Bewegung und Orientierung im Wohnumfeld etc.

Individuelle Hilfeplanung des LVR	- Zielüberprüfung -
	AZ:

VIII. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? (Alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen)	Das Ziel wurde ...			IX. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?
	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
	Zutreffendes bitte ankreuzen			

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Planung -

AZ:

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden? (Zu individualisierende Themenbereiche 1-6)	Bis wann?	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?
1.	<p>Sicherstellung einer grundlegenden individuell abgestimmten psychischen Stabilisierung und alltagsnahen Förderung / Befähigung im Bereich Wohnen. <i>(bei zuvor zu schildernden Unterstützungsbedarfen 1-6 auf Grundlage konkret benannter Teilhabe- Beeinträchtigungen)</i></p>		1.	Konkrete Module mit Praxisbegründeten Zeitwerten (oben beschrieben).	Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH	<p>Ambulant Betreutes Wohnen oder Johanneshaus stationär</p>
2.	<p>Vom Bereich Wohnen ausgehend: Schrittweise individuelle Bedarfe berücksichtigende Befähigung zur Wahrnehmung tagesstrukturell fördernder Angebote in Richtung einer Befähigung zu externer Tagesstruktur / Beschäftigung / Arbeit</p>		2.	Konkrete Module mit Praxisbegründeten Zeitwerten (oben beschrieben)	Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH	S.O.
3.	Alltagsnahe Integration der Erkrankung und personenzentrierte Befähigung zur Selbsthilfe			Konkrete Module mit Praxisbegründeten Zeitwerten (oben beschrieben)	<p>Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH & ggf. Psychotherapie</p>	S.O.
4.	<p>a) Administrative Befähigung b) Vorbereitung / Planung des Auszugs in ambulante Betreuung und selbständiges Wohnen</p>			Konkrete Module mit Praxisbegründeten Zeitwerten (oben beschrieben)	Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH	S.O.
5.	Sicherstellung (und Befähigung in) der Gesundheitsvorsorge			Konkrete Module mit Praxisbegründeten Zeitwerten (oben beschrieben)	Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH	S.O.

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Planung -

AZ:

6.	Befähigung / Sicherstellung der Aufrechterhaltung der Beschäftigung (ggf. WfbM)		Konkrete Module mit Praxisbegründeten Zeitwerten (oben beschrieben)	Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH	S.O.
----	--	--	---	---	------

Individuelle Hilfeplanung des LVR **- notwendige Leistungen -**
AZ:

Nr.	zeitliche Lage (bitte ankreuzen)		Art der Maßnahme (siehe Liste - Dropdown)	Form der Leistung (falls zutreffend, bitte ankreuzen)			Sachleistung Umfang in Stunden / Woche	Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu Leistungen zuordnen)
	am Tage	nachts		Dienstleistung	Geldleistung	Persönliches Budget		
1.			Art der Maßnahme – hier gelten Kürzel-Standards: Information und Beratung Handreichung Förderung / Anleitung Begleitung /Anwesenheit Bereitschaft stellvertretende Ausführung				ABW Daten Stationär Daten	Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH, Sebastianstraße 28-30, 53115 Bonn
2.								Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH, Sebastianstraße 28-30, 53115 Bonn
3.								Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH, Sebastianstraße 28-30, 53115 Bonn
4.								Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH, Sebastianstraße 28-30, 53115 Bonn
5.								Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH, Sebastianstraße 28-30, 53115 Bonn
6.								Malteser-Johanniter-Johanneshaus gemeinnützige GmbH, Sebastianstraße 28-30, 53115 Bonn
							Gesamt:	
							Stunden/ Minuten LTs	