

Aktenzeichen:

# Gesamtplan / Teilhabeplan gemäß § 121 / § 19 SGB IX

Ersterstellung

Erstellt am:

## Sozialdaten

### Personendaten

Name:	ggf. Geburtsname:
Vorname:	Geschlecht:
Geburtsdatum:	Familienstand: Seit:
Derzeitige Anschrift: Straße-Ort: Tel.-Nr.:	
Staatsangehörigkeit:	Aufenthaltsstatus: befristet bis:

### Gesetzliche Vertretung / Bevollmächtigung

Institution:	Vorname / Name:	
Straße:	PLZ, Ort:	
Telefon:	Telefax:	Email:
Betreuung befristet bis:	für die Bereiche:	
Einwilligungsvorbehalt:	(Ja / Nein)	

### Angaben zur Behinderung

Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 99 SGB IX:	
Primäre Behinderung:	Sekundäre Behinderung:
Resultiert die Gesundheitsstörung aus einem Unfall, Impfschaden, einer Gewalttat oder ähnlichem Ereignis?	
Grad der Behinderung (GdB) nach Schwerbehindertenrecht bzw. Grad der Schädigung (GdS) nach Sozialem Entschädigungsrecht:	Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis:

**Mobilität**

**Individuelle Bedarfsermittlung:**

<p><b>Körperliche Funktionsfähigkeit:</b></p>	<p><b>Fortbewegung:</b></p> <p><b>Sich in vertrauter Umgebung fortbewegen</b></p> <p><b>Gehen</b> (d450)</p> <p><b>Sich auf andere Weise fortbewegen</b> (d455)</p> <p><b>Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen</b> (d460)</p> <p><b>Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen</b> (d465)</p> <p><b>Transportmittel benutzen</b> (d470)</p> <p><b>Ein Fahrzeug fahren</b> (d475)</p>
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Ressourcen und Unterstützungsbedarf:</b></p> <p><b>Leitziel im Lebensfeld:</b></p> <p><b>Vereinbarte Ziele im Befürwortungszeitraum:</b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Mobilitätsplan

### An der Erstellung der Zielvereinbarung haben mitgewirkt:

Name und ggf. Institution oder Rolle:

### Empfehlungen / Anmerkungen :

### Befürwortung im Rahmen der Eingliederungshilfe:

Vom                    bis                    werden folgende Leistungen der Eingliederungshilfe befürwortet:

Art der Beförderungspauschale:

Beförderungspauschale                    (drop down – Auswahlmöglichkeiten für dieses Feld: I, II oder III)

Individuelles Jahresbudget / Individuelles Beförderungsbudget in Höhe von:

### Leistungen vorrangiger Leistungsträger:

### Leistungen anderer Leistungserbringer:

## Gesamtplan / Teilhabeplan gemäß § 121 / § 19 SGB IX

### Erklärung der / des Leistungsberechtigten

Den Gesamtplan / Teilhabeplan habe ich am \_\_\_\_\_ erhalten.

Der Gesamtplan / Teilhabeplan wird zur Durchführung der Maßnahmen / Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX benötigt.

Die im Gesamtplan / Teilhabeplan 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 Gesamtplan / Teilhabeplan den am Eingliederungsprozess Beteiligten - auf Anforderung - zur Verfügung gestellt wird, damit eine individuelle Hilfeplanung mit den beteiligten Leistungserbringern vorgenommen werden kann, diese sind: \*

- Gesetzliche/r Betreuer\*in
- Leistungserbringer Wohnen: Wohneinrichtung / Ambulante Sozialpsychiatrie / PBW-Anbieter und andere
- Leistungserbringer Arbeit und Beschäftigung: Werkstatt für behinderte Menschen / Tagesstätte / Tagesförderstätte und andere
- andere (z. B. Sozialleistungsträger, Arbeitsagentur etc.) nämlich:

---

---

Datum

---

Unterschrift der / des Leistungsberechtigten bzw. der Gesetzlichen Betreuung

(\*bitte Zutreffendes ankreuzen)

Bitte unterschrieben zurücksenden an:

Sozialpädagogischer Fachdienst – W / EH –

Kurt-Schumacher-Allee 4, 20097 Hamburg