

Erstellung des Hilfeplans

erster Hilfeplan Fortschreibung des Plans vom Nr.
für den Zeitraum vom bis erstellt am:

Antragsteller/in bzw. Leistungsberechtigte/r

Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail
Geburtsdatum: Geschlecht: w m Familienstand Konfession*
Staatsangehörigkeit Art des Einkommens

Schulischer Werdegang, ggf. Abschluss:

Beruflicher Werdegang ggf. Abschluss:

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungsnummer: Stammmummer bei Bundesagentur f. Arbeit/ ARGE **:
Art der Rente: Rentenantrag vom AZ des Rentenbescheides
Kundennummer bei der Krankenkasse **: Name der Krankenkasse **:

Personensorgeberechtigte/r

Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail

Nächste/r Angehörige/r bzw. nächste persönliche Bezugsperson

Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail

Fachkraft (professionelle Bezugsperson)

Name PLZ, Ort Tel.:
Einrichtung Straße mail

Behandelnder Hausarzt/ Facharzt **

Name PLZ, Ort Tel.:
Fachrichtung Straße mail

Gesetzliche Betreuung

nein beantragt, für folgende Wirkungskreise:
 ja, für folgende Wirkungskreise:
Name PLZ, Ort Tel.:
Vorname Straße mail

Kostenträger

PLZ, Ort Tel.:
Straße mail

Beeinträchtigung/ Behinderung/ Krankheit/ Pflegebedürftigkeit:

Diagnose nach ICD 10**

Hilfsmittel:

Pflegestufe: Art der besonderen Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII:

sonstige Anmerkungen:

* Angabe freiwillig ** Soweit bekannt

Wurden im letzten Jahr Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation geleistet?										
nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im letzten Jahr Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben geleistet?										
nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im letzten Jahr Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 SGB XII ff geleistet?										
nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im letzten Jahr Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII geleistet?										
nein	unbekannt	ja ☞	ambulant	teilstationär	stationär			Liegt ein Abschlussbericht vor?	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom.....	bis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An der Erstellung des Hilfeplans haben mitgewirkt			
	ja	nein	Bemerkungen:
Klient/in.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige/ private Bezugsperson.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkraft (professionelle Bezugsperson).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesetzliche/r Betreuer/in.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigte Zeit für die Erstellung des individuellen Hilfeplans (Zeit in Stunden)			

Koordinierung der einzelnen Hilfen und Maßnahmen			
Name	Institution/Abteilung		
Tel.:	Fax	mail	
Vertretung:			
Name	Institution/Abteilung		
Tel.:	Fax	mail	

An der Umsetzung der Planung Beteiligte			
Name	Institution/Abteilung		
Tel.:	Fax	mail	
Name	Institution/Abteilung		
Tel.:	Fax	mail	

Die Hilfeplanung wurde gemeinsam durchgeführt.

Ort Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/ (bzw. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche Vertretung)

Fachkraft (Bezugsperson)

Wird nur vom Sozialhilfeträger ausgefüllt:	
Eine ärztliche Begutachtung bzw. Stellungnahme liegt vor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit Datum vom
Die antragstellende bzw. die leistungsberechtigte Person gehört...	<input type="checkbox"/> zum Personenkreis gemäß § 53 SGB XII
	<input type="checkbox"/> zum Personenkreis gemäß § 67 SGB XII
	<input type="checkbox"/> zu keinem der genannten Personenkreise

Erklärung zum Umgang mit den personenbezogenen Daten

im Rahmen der Individuellen Hilfeplanung Rheinland-Pfalz

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Hilfeplan in der Hilfeplankonferenz unter Nennung meines Namens besprochen wird.

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

Ich möchte an der Hilfeplankonferenz teilnehmen ja noch offen

Ich möchte Herrn/ Frau

Straße, PLZ Ort

als Person meines Vertrauens zur Hilfeplankonferenz mitnehmen.

Herrn/ Frau

Straße, PLZ Ort

soll als Person meines Vertrauens für mich an der Hilfeplankonferenz teilnehmen und dort meine Anliegen vertreten.

Ort

Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person
(bzw. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche Vertretung)