

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

B.E.Ni

F 2 Bogen D

Name, Vorname _____, Geburtsdatum: _____		Az. _____			
Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom _____ wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:					
<input type="checkbox"/> Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Antrag wurde zurückgenommen am _____ <input type="checkbox"/> Es besteht ein Hilfebedarf der den folgenden Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden kann:					
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Leis- tungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Ifd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Leis- tungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Ifd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> Unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen					
Leistungsträger	Antragsdatum	Bescheiddatum	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Teilhabe an Bildung					
<input type="checkbox"/> Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe – Leistungen nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB XII					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Leis- tungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Ifd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> Leistungen zur sozialen Teilhabe					
<input type="checkbox"/> Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en	Leistungs- form		Mögliche/r Leistungsträger

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.	(mögliche Anspruchsgrundlage/n)		LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r) Träger, und zwar

Es bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit (§ 141 Abs. 3 SGB XII bzw. § 22 Abs. 2 SGB IX). Sofern Pflegebedürftigkeit bereits festgestellt wurde, sind die Daten aus Bogen A zu entnehmen.

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Pflegegrad (soweit bekannt)	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Pflegekasse / Az.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

Es bestehen Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt (§ 141 Abs. 4 SGB XII)

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

Sonstige Leistungen nach dem SGB XII, die nicht der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind (z. B. Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe), soweit sie für die Feststellung der Leistungen nach § 54 SGB XII erforderlich sind.

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

Ziele (Bogen C) die keine oder noch keine Leistung auslösen:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7		

Kurze Begründung:

Sonstiges / Bemerkungen

Der Träger der Eingliederungshilfe ist Leistungsverantwortlicher nach § 15 SGB IX

Empfehlung Termin der nächsten Überprüfung

Auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX wurde hingewiesen (§ 20 Abs. 3 S.3 SGB IX).

Teilhabeplankonferenz gem. § 20 SGB IX:

Die Voraussetzungen für ein Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX) sind

- erfüllt.
- nicht erfüllt (**weiter mit Gesamtplankonferenz**).

Eine Teilhabeplankonferenz ist

- nicht erforderlich.
- erforderlich.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- liegt vor (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).
- liegt nicht vor; **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- wurde von der leistungsberechtigten Person vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX), ist jedoch **nicht** erforderlich, da
 - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
 - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder
 - eine Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX nicht erteilt wurde.
- Die leistungsberechtigte Person wurde über die maßgeblichen Gründe im Rahmen eines Anhörungsverfahrens informiert (§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).
- wurde von einem beteiligten Rehabilitationsträger und/oder dem Jobcenter vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Von dem Vorschlag wird abgewichen, da
 - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
 - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder
 - die Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX von der leistungsberechtigten Person **nicht** erteilt wurde.

Gesamtplankonferenz gem. § 143 SGB XII:

Eine Gesamtplankonferenz ist

- erforderlich.
 - Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person
 - liegt vor (§ 143 Abs. 1 Satz 1 SGB XII).
 - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihres/ihrer Kindes/Kinder beantragt wurden (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII).
 - Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person
 - liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 1 SGB XII).
 - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfe

- durch andere Leistungsträger ,
 - durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld oder
 - ehrenamtlich
- gedeckt werden können. Die vorstehend genannten Leistungsträger, ehrenamtlichen Stellen und/oder Personen werden entsprechend beteiligt.

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person

- liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII).
 - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.
- Es liegt kein Fall nach § 143 Abs. 4 SGB XII vor.

Die Gesamtplankonferenz

- erfolgt auf Vorschlag der leistungsberechtigten Person (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 1 SGB XII)
- erfolgt auf Vorschlag der folgenden beteiligten Rehabilitationsträger . Die

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

leistungsberechtigte Person hat zugestimmt (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 i. V. m § 143 Abs. 1 S. 1 SGB XII).

Die Gesamtplankonferenz wird mit der Teilhabeplankonferenz verbunden (§ 143 Abs. 3 Satz 1 SGB XII)

Eine Gesamtplankonferenz ist **nicht** erforderlich, da

der zur Feststellung der Leistung maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,

der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht

Ort, Datum

Unterschrift der Bearbeiterin / des Bearbeiters

Personen / Institutionen, die bei einer Teilhabe- und/oder Gesamtplankonferenz beteiligt werden sollten:

Name, Vorname	Institution / Funktion