

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB Bogen)

für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Die im HEB Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfege-
währung.

Der HEB Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwenden Sie anlassbezogen den jeweils zutreffenden Teil des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C). Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigefügt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung des HEB Bogens an den Leistungsträger verpflichtet.

Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

<p>A) <input checked="" type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</p> <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <u>drei Monaten</u> wie folgt mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage 2. Die Förderziele 3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen. <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p>	<p>B) <input type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</p> <p>C) <input type="checkbox"/> Abschlussbericht</p> <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen 2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes 3. Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht) 4. Die weiteren Maßnahmen <p>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p>
---	--

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

A) Teilbogen: Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung

Aufnahme am: _____

Ärztliche Diagnose soweit bekannt, Auswirkungen der Behinderung/en:

1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

2. Selbstversorgung und Wohnen

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

Name, Vorname: _____	geb. am: _____	Erstellt am: _____
-----------------------------	-----------------------	---------------------------

3. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung/ Für Werkstätten siehe auch Einlegeblatt WfbM

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____ **Erstellt am:** _____

4. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

5. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Bewilligungszeitraumes liegt:

- | |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen |
| 2. <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen |
| 3. <input type="checkbox"/> Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung |
| 4. <input type="checkbox"/> Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben |
| 5. <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z. B. Krankheitseinsicht, Krisen etc.) |

Sichtweise und Wünsche des Leistungsberechtigten bezüglich der geplanten Maßnahmen:

Name, Vorname: _____	geb. am: _____	Erstellt am: _____
-----------------------------	-----------------------	---------------------------

Weitere Planung:

Stationäre Wohnform	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Außenwohngruppe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Betreute Wohngemeinschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Betreutes Einzelwohnen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tagesstätte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Keine Veränderung	Ja <input type="checkbox"/>	
Sonstiges	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Innerhalb eines Jahres von 1-2 Jahren von _____ Jahren

Betreuungsschlüsselempfehlung für das geplante Angebot: _____

empfohlener Stundenbedarf pro Woche: _____

Eine ambulante / teilstationäre Maßnahme ist zurzeit aus folgenden Gründen nicht möglich:

Ergänzende Ausführungen, z. B. Krisen während des Berichtszeitraumes, Klinikaufenthalte etc.:

Vorrangiger Ansprechpartner (Casemanager) ist:

Die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. Der Leistungsberechtigte bzw. bzw. sein gesetzlicher Betreuer erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine Einwilligung in die der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

Datum, Unterschrift des Leistungserbringers

Datum, Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in