

I. HILFEPLAN

für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten in Hessen

Einrichtung / Dienst

Aufnahmedatum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers

Datum

Name des/der zuständigen Mitarbeiters/Mitarbeiterin

Hilfeplan für

, Geb. Datum:

Datum

Ziff	Lebensbereich				
1	Bewältigung der Alltagssituation				
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind				
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
2	Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung				
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind				
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
3	Ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage				
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind				
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
4	Schulden				
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind				

¹ Benennung von Kooperationspartnern, Institutionen oder Einzelpersonen

	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
5 Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes und/oder eines Ausbildungsplatzes					
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind					
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
6 Teilhabe an der Gemeinschaft/ Gesellschaft, familiäre und andere soziale Beziehungen					
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind					
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
7 Gesundheitliche Schwierigkeiten					
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind					
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
8 Belastungssituation/ gewaltgeprägte Lebensumstände/ strafrechtliche Konfliktsituation					
Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind					
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann

9	Bewältigung administrativer Angelegenheiten				
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind				
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann
10	Sonstiges				
	Beschreibung der Hilfebedarfe, die Anlass für die ambulante/stationäre Leistung sind				
	Ziele / Teilziele	was / Maßnahme	wer	mit wem¹	(bis) wann

Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen des **Hilfeplans für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten in Hessen** sowie dessen Durchführung bin ich informiert worden. Mir ist bekannt, dass der **Hilfeplan** für den zuständigen Sozialhilfeträger zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für die von mir/in meinem Auftrag beantragten Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)-Sozialhilfe- erforderlich ist. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Durchführung des **Hilfeplans** für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten in Hessen bzw. die Bearbeitung meines Antrages durch den Träger der Sozialhilfe erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift nachfragende
Person/AntragstellerIn

Unterschrift des/der zuständigen
Mitarbeiters/in