

Für den Zeitraum vom  bis **1. Sozialdaten****Nachfragende Person:**
   
 Vorname Name

  
 Straße

   
 Postleitzahl Wohnort

  
 Telefon

   
 geboren am Geburtsort

Familienstand

\* Herkunftsregion

   
 Beruf Staatsangehörigkeit

\* Krankenkasse / \* Geschäftsstelle

 

\* Rentenversicherungsträger \* Versicherungs-Nr.

\* Andere Sozialleistungsträger \* Nur ausfüllen, falls bekannt

**Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson)**
   
 Name Verwandschaftsstatus

   
 Straße Telefon

   
 Postleitzahl Wohnort
**Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt ?**☐ nein

ja, und zwar:

☐ gesetzl. Betreuer☐ Bevollmächtigung**Wenn ja:**
   
 Name Vorname

   
 Straße Telefon

   
 Postleitzahl Wohnort
**Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestallungsurkunde):**

**2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation**

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Leistungen:

Gewohnt mit wem?

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

☐ schriftlich☐ mündlich

wo:

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle / Person für die Teilhabeplanung benannt?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, folgende Stelle / Person

**Vorrangige Behinderung:**

- ☐ körperliche Behinderung  
☐ geistige Behinderung  
☐ seelische Behinderung  
☐ Suchterkrankung  
☐ noch kein sozialmedizinisches Gutachten vorhanden

**Zusätzlich begleitende Behinderung**

- ☐ körperliche Behinderung  
☐ geistige Behinderung  
☐ seelische Behinderung  
☐ Suchterkrankung

ggf. Erläuterungen

### 3. Ziele von Herrn / Frau

#### Wohnsituation

#### Arbeitssituation / Tagesstruktur

Aktueller Stand

Veränderungen im  
Planungszeitraum

Langfristig geplante  
Veränderungen

### 4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

#### a) Übergreifende persönliche Situation

#### b) Aktuelle Probleme der Teilhabe

*Aus den Bereichen:* Biografische Faktoren Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

#### c) Unterstützung und Barrieren in der Umwelt

*Aus den Bereichen:* Materielle Situation/Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115).

#### d) Unterstützung oder Beeinträchtigung Beziehungen

*Aus den Bereichen:* Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Vorgesetzte (e330).

### 5. Zielbereiche der Hilfen

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen:

#### a) Übergreifende persönliche Ziele

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

#### b) Selbstversorgung / Wohnen

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

#### c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

#### d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**6. Personenbezogene****Ressourcen**

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

**7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen****Erläuterungen**

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- Ø nicht spezifiziert / nicht anwendbar

☒ Fähigkeiten
**8. Vorhandene u. zu aktivierende Hilfen in der Umwelt**

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umwelt-Hilfe vorhanden

**9. Art der erforderlichen professionellen Hilfen**

- keine Hilfe erforderlich
- Information, Orientierung, Anleitung
- Erschließung von Hilfen in der Umwelt / Kompensation
- individuelle Planung, Beobachtung, Anleitung und Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige, individuelle Hilfe

I. Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

Wer?

a) Antrieb (b 130 ff)					
b) Psychische Stabilität (b 1263)					
c) Emotionales Erleben (b 152)					
d) Inhalt und Kontrolle des Denkens (b 160 ff)					
e) Drang nach Suchtmitteln (b 1303)					
f) Impulskontrolle (Selbst- / Fremdschädigung) (b 1304)					
g) Funktionen des Gehens (b 770)					
h) Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)					
i) Orientierung räumlich / zeitlich (b 114)					
j) Funktion des Sehens (b 210)					
k) Funktion des Hörens (b 230)					
l) Artikulation und Sprechen (b 320, b167)					
m) Beeinträchtigung Körperfunktionen					
n) Höhere kognitive Funktionen (b 164)					
o) Aufmerksamkeit (b 140)					
p) Gedächtnis (b 144)					
q) Lesen und Schreiben (d 166, d 170)					
r) Rechnen, Zahlenverständnis (d 172)					

II. Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen

a) Familienbeziehungen (d 760)					
b) Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)					
c) Partnerbeziehungen (d 7700)					
d) Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)					
e) Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 7500)					
f) Formelle Beziehungen Arbeit (d 7400)					

III. Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (nach ICF) in: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft

Bezogen auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe in den Lebensfeldern: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft

a) Essen, Essverhalten (d 550)					
b) Trinken (d 560)					
c) sich in versch. Umgebungen fortbewegen (d 460)					
d) Einkaufen und Mahlzeit zubereiten (d 620, d 630)					
e) sich waschen und den Körper pflegen (d 510, d 520)					
f) die Toilette benutzen (d 530)					
g) sich kleiden (d 540)					
h) Umgang mit Geld / Kontoführung (d 860, d 865)					
i) Hausarbeiten erledigen und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)					
j) auf seine Gesundheit achten (d 570)					
k) Arztbesuche (e 580)					
l) Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)					
m) Transportmittel benutzen (d 470)					
n) Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)					
o) Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)					
p) bezahlte Tätigkeit (d 850)					
q) unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)					
r) Schulbildung / Berufsausbildung (d 825, 830, 839)					
s) Gemeinschaftsleben (d 910)					
t) Erholung und Freizeit (d 920)					
u) Religion und Spiritualität (d 930)					
v) Bürgerrechte (d 950)					

☐ Pflege      Pflegegrad:       ☐ Leistungen nach SGB V      Umfang:

## 10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur \*

### a) Ziele von Herrn / Frau:

### b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umweltfaktoren:

### c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

### d) personenbezogene Ressourcen

### e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Transportmittel benutzen (d 470)                     |
| <input type="checkbox"/> | Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)            |
| <input type="checkbox"/> | Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff) |
| <input type="checkbox"/> | Antrieb (b 130 ff)                                   |
| <input type="checkbox"/> | Aufmerksamkeit (b 140)                               |
| <input type="checkbox"/> | Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)                 |

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Einzelaufgaben übernehmen (d 210)                          |
| <input type="checkbox"/> | Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)                        |
| <input type="checkbox"/> | Tägliche Routine durchführen (d 230)                       |
| <input type="checkbox"/> | Mit Stress und psych. Anforderungen umgehen können (d 240) |
| <input type="checkbox"/> | Entscheidungen treffen (d 177)                             |
| <input type="checkbox"/> | Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)             |

### f) Tätig im kommenden Jahr in

#### Bezahlter Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche

regelmäßig an  Tagen / Woche

- ☐ in geschützter Tätigkeit
- ☐ auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- ☐ Erster Arbeitsmarkt
- ☐ Zuverdienst

Sonstiges:

#### Kompetenzentwicklung,

(Umfang der Beeinträchtigung)

#### Schulbildung / Berufsausbildung

Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche

regelmäßig an  Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

- ☐ Berufliche Qualifikation
- ☐ Stärkung sozialer Kompetenz
- ☐ Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

#### Unbezahlter Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche

regelmäßig an  Tagen / Woche

- ☐ Versorgung von Angehörigen
- ☐ Praktikum
- ☐ Fördermaßnahme
- ☐ ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

#### Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

(nur ausfüllen wenn andere Bereiche nicht zutreffen)

### g) aktivierbare Hilfen in der Umwelt

### h) Vorgehen

\* Gegebenenfalls bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen.

## 11. Vorgehen in den Bereichen:

Angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot

a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination

b) Selbstversorgung / Wohnen

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

e) kompensatorische Leistungen der Pflege

☐ Nachtwache

☐ Bereitschaftsdienste Nachts

## 12. Zeitlicher Umfang und Erbringung durch

Benennung: Einrichtung / Dienst / Mitarbeiter /  
Umwelthilfen, Angabe in Minuten pro Woche.  
Bereiche Wohnen / Freizeit bzw. Arbeit /  
Tagesstruktur angeben

a)

b)

c)

d)

e)

**13. Bisherige Erfahrungen mit Hilfen**

**14. Ggf. abweichende Sichtweisen in Bezug auf aktuelle Situation, Ziele, Bedarf und Hilfen beschreiben, Kompromissbildung skizzieren:**

**15. Federführend bei der Erstellung des Teilhabeplans ist:**


Name

Vorname

Am Teilhabeplan hat mitgewirkt:

Die Erstellung des Teilhabeplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

a) mit der nachfragenden Person ☐ ja ☐ neinb) mit dem gesetzlichen Betreuer ☐ ja ☐ neinc) unter Einbeziehung der Angehörigen ☐ ja ☐ nein

entfällt

☐
☐
**16. Weitere zur Teilhabeplanung genutzte Bögen / Instrumente / Gutachten**

Bitte angeben:

Datum, Ersteller:

**17. Vereinbarung zur Koordinierung des Teilhabeplans**

Koordinierende Bezugsperson:

Name

Telefon

Straße

PLZ

Ort

**Vertretung:**


Name

Telefon

Straße

PLZ

Ort

Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart: ☐ ja ☐ nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

**18. Zur Kenntnis genommen**


Datum

Nachfragende Person

ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in

Ersteller

## 19. Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung

Sie haben mit Ihrer Bezugsperson eine Teilhabeplanung mit dem ITP Hessen erstellt. In dieser Teilhabeplanung werden Ihre Ziele sowie die Hilfen beschrieben, die Sie benötigen. Wir möchten gerne, dass Sie die Unterstützung so erhalten, wie es für Sie am besten ist. Deshalb berät der LWV mit einigen anderen Fachleuten aus Ihrer Region in der Teilhabekonferenz über Ihre Teilhabeplanung. Wir begrüßen es sehr, wenn Sie selbst auch an diesem Gespräch teilnehmen.

Damit wir uns Gedanken zu Ihrer Situation und der richtigen Unterstützung machen können, müssen die Mitglieder der Teilhabekonferenz Ihre Teilhabeplanung kennen. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Dazu haben sich alle Beteiligten schriftlich verpflichtet. Die wesentlichen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen haben wir für Sie auf der Seite 8 zusammengefasst.

**Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift zuzustimmen, dass Ihre Teilhabeplanung den unten genannten Personen zur Kenntnis gegeben wird und dass in der Teilhabekonferenz darüber beraten wird.**

Ihre Teilhabeplanung wird im Rahmen der regionalen Teilhabekonferenzen folgenden Diensten / Personen \* zur Verfügung gestellt: (\* im Urlaubs- oder Krankheitsfall erfolgt eine Vertretung)

**Es ist Ihnen auch möglich, Ihre Teilhabeplanung ohne Nennung Ihres Namens in der Teilhabekonferenz besprechen zu lassen.**

- ☐ Ich bitte um Beratung meiner Teilhabeplanung in der Teilhabekonferenz ohne Nennung meines Namens
- ☐ Ich bin mit der Weitergabe meiner in der Teilhabeplanung erhobenen Daten an Andere als den Ersteller und den LWV Hessen nicht einverstanden. Mir ist bewusst, dass dies nicht zu einer Versagung der mir nach dem Gesetz zustehenden Ansprüche führt, jedoch eine Verzögerung in der weiteren Bearbeitung zur Folge haben kann.

Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen der Teilhabeplanung wurde ich informiert. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Teilhabeplanung erforderlichen Daten vom LWV Hessen erhoben, gespeichert und an die für die Leistungserbringung zuständigen Stellen weitergegeben werden.

Hiermit entbinde ich widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung der Teilhabeplanung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen der Teilhabeplanung an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Beratung der Teilhabeplanung und der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und zu diesem Zweck obenstehend benannt werden.

Ich bin über meine Rechte nach §§ 83, 84 SGB X informiert und darüber, dass ich die Einwilligung zur Übermittlung der Daten jederzeit - ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen kann.

☐ **Ich und/oder mein/e gesetzliche/r Betreuer/in werde/n an der Teilhabekonferenz teilnehmen.**

Datum

Unterschrift/Nachfragende Person

Unterschrift/Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in

# Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz

Gemäß § 35 Abs. 1 SGB I hat jeder Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 SGB X) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis).

Gemäß § 67 Abs. 1 SGB X sind Sozialdaten Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Gemäß § 67 a SGB X ist das Erheben von Sozialdaten durch die maßgeblichen Stellen nur zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach dem SGB X erforderlich ist. Das heißt, es dürfen nur die Daten beim Betroffenen erhoben werden, die tatsächlich zur Leistungsgewährung erforderlich sind.

Dabei sind Sozialdaten grundsätzlich beim Betroffenen zu erheben. Sofern Sozialdaten nicht beim Betroffenen erhoben werden, ist dieser, sofern er nicht bereits auf andere Weise Kenntnis erlangt hat, über die Zweckbestimmung der Erhebung, der Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle zu unterrichten.

Des Weiteren dürfen Sozialdaten ohne Mitwirkung des Betroffenen nur gemäß § 67 a Abs. 2 Satz 2 SGB X erhoben werden.

Gemäß § 67 d Abs. 1 SGB X ist eine Übermittlung von Sozialdaten nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68 - 77 SGB X oder nach einer anderen Rechtsvorschrift des SGB vorliegt. Gemäß § 67 d Abs. 2 SGB X trägt die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung die übermittelnde Stelle.

Die Rechte des Einzelnen richten sich nach den §§ 81 ff. SGB X. Dort ist geregelt, dass sich jeder Betroffene, sofern er sich in seinen Rechten betreffend des Sozialdatenschutzes verletzt fühlt, an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz oder an den nach Landesrecht zuständigen Datenschutzbeauftragten wenden kann.

Gemäß § 83 Abs.1 SGB X ist den Betroffenen auf Antrag Auskunft zu erteilen:

1. über die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten, auch soweit sie sich auf die Herkunft dieser Daten beziehen,
2. die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die Daten weitergegeben werden und
3. den Zweck der Speicherung.

Ein solcher Antrag soll üblicherweise die Art der Sozialdaten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher bezeichnen.

Des Weiteren hat der Betroffene ggf. ein Anspruch auf Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten sowie ein Widerspruchsrecht im Sinne des § 84 SGB X. Sozialdaten sind danach zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind.

Außerdem sind Sozialdaten zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig ist. Sozialdaten sind auch zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle zur rechtmäßigen Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen beeinträchtigt werden.

Gemäß § 84 Abs. 1 a SGB X in Verbindung mit § 20 Abs. 5 Bundesdatenschutzgesetz dürfen Sozialdaten nicht für eine automatisierte Verarbeitung oder Verarbeitung in nicht automatisierten Dateien erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, soweit der Betroffene dieser bei der verantwortlichen Stelle widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse der verantwortlichen Stelle an dieser Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Dies gilt nicht, wenn eine Rechtsvorschrift zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung verpflichtet.

Dies bedeutet, dass im Falle des Widerspruches gegen die Übermittlung der Daten zunächst geprüft werden muss, ob eine Rechtsvorschrift die Übermittlung im speziellen Fall erlaubt. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre zu prüfen, ob das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation dem Interesse der verantwortlichen Stelle an der Verarbeitung bzw. Übermittlung überwiegt.