☐ Ersthilfeplan ☐ Fortschreibung

Datenblatt

Hilfeplangespräch
Zum Antrag vom: ……..
Aktenzeichen: ……..
Ort: ……..
Datum: ……..

AnspruchberechtigteR
Name, Vorname: ……..
Anschrift: ……..
Geburtsdatum: ……..

Eltern/ Personensorgeberechtigte
Vater:
Name, Vorname: ……..
Anschrift: ……..
Telefon: ……..
Email: ……..

Mutter:
Name, Vorname: ……..
Anschrift: ……..
Telefon: ……..
Email: ……..

Leistungserbringer
Name: ……..
Anschrift: ……..
Telefon: ……..
Email: ……..

Beim Hilfeplangespräch anwesende Personen
……...
……
……

Unterlagen
☐ Eine VorabInfo/ ein Bericht des Leistungserbringers vom …….. liegt vor.
☐ Eine schulische Stellungnahme/ ein Kitabericht vom …….. liegt vor.
☐ Amtsärztliches Gutachten vom …….. liegt vor.
☐ Sonstige Einschätzung von Fachdiensten:
……...
……
……

Bisherige und bereits laufende Hilfen
……...
……
……

1. Aktuelle Situation/ bisheriger Verlauf der Hilfe/ Überprüfung der Ziele

(Ausgangssituation: Gründe der Antragstellung; Diagnosen des Gutachtens; bisherige Maßnahmen…, Bewertung des Hilfeverlaufs: Umsetzung der Ziele; relevante Themen, die die Umsetzung beeinflussten; Beurteilung des Hilfeverlaufs…)

Aussagen der Eltern/ Personensorgeberechtigten:
……....
……
……

Aussagen des Kindes/ Jugendlichen:
……....
……
……

Aussagen des Leistungserbringers:
……....
……
……

Aussagen weiterer Beteiligter:
……....
……
……

Grad der Zielerreichung (Zusammenfassung des vorherigen Bewilligungszeitraums) aus Sicht der Beteiligten:

erreicht ☐
teilweise erreicht ☐ weil:
……....
……
……

nicht erreicht ☐ weil:
……....
……
……

2. Zielvereinbarungen für den künftigen Bewilligungszeitraum

Richtungsziele:
……....
……
……

Handlungsziele:
……....
……
……

Handlungsschritte zur Umsetzung:
……....
……
……

3. Neue Absprachen, Vereinbarungen, Aufträge, Auflagen und Verantwortlichkeiten

……....
……
……

4. Hilfegewährung

Art der Hilfe: Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
Hifeform:
……....
……
……

Umfang (täglich/ wöchentlich/ monatlich):
……....
……
……

Bewilligungszeitraum:
……....
……
……

Gesamtstundenkontingent im Bewilligungszeitraum:
……....
……
……

5. Auftrag für den Leistungserbringer

☐ VorabInfo/ Entwicklungsbericht bis zum: ……
☐ Sonstiges: ……

6. Auftrag für die Sorgeberechtigten

☐ Leistungsdiagnostik bis zum: ……
☐ Kinder- und Jugendpsychiatrische- Diagnostik bis zum: ……
☐ letztes schulisches Zeugnis bis zum: ……
☐ Sonstiges:
……....
……
……

7. Termin des nächsten Hilfeplangespräches:

Ich wurde über die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Folgen der geplanten Hilfe eingehend beraten und bin bereit an der der Durchführung der Hilfe mitzuwirken. Wie bereits bei der Aufstellung dieses Hilfeplanes beteilige ich mich an der Fortschreibung. Ich bin bereit, während der gesamten Dauer der Hilfe im Rahmen der gesetzten Bestimmungen zum Wohle des Kindes/ Jugendlichen und seiner Familie zusammenzuarbeiten.

Eine Beendigung der Hilfe sollte möglichst in Übereinstimmung der Beteiligten erfolgen. Die Beteiligten an dem Hilfeplan erhalten eine Kopie des Hilfeplanes.

Mir wurde der Hilfeplan verlesen und ich stimme den oben formulierten Zielen und Aufgaben zu:

Eltern/ Personensorgeberechtigte: ……...
Mädchen/ Junge: ……...
Fachkraft des Leistungserbringers: ……...
Fachkraft des FB Jugend: ……...
Sonstige GesprächsteilnehmerInnen: ……...

Hilfeplan zu folgenden Datum versandt an:
(jeweils Name und Datum des Postausgangs eintragen)

Eltern/ Personensorgeberechtigte: ……...
Mädchen/ Junge: ……...
Fachkraft des Leistungserbringers: ……...
Sonstige GesprächsteilnehmerInnen: ……...

Mitteilungsblatt für den Fachdienst Finanzen (WH)
für teil- stationäre Hilfen
Ab 01.01.2013

Name des Klienten				
Leistungsanbieter				
MitarbeiterIn im FBJ			Tel. Nr.	
Nächstes geplantes HP Gespräch				
Leistungsart		stationäre Leistung		teilstationäre Leistung

Urlaubstage - teilstationär

Anzahl der vereinbarten Abwesenheitstage (Therapien, Förderungen etc.)	
Anzahl der Ferientage bei Eltern oder Elternteilen	
Anzahl der Ferientage im sozialen Umfeld (Familie, Freunde etc.)	
Anzahl der Ferientage in externen Ferienmaßnahmen (Ferienfahrten, die von anderen Institutionen angeboten werden)	

Urlaubstage – §§ 33 und 34 SGB VIII

Anzahl der Heimfahrten pro Monat zu Eltern oder Elternteilen (in der Regel 2 zusammenhängende Tag)		
Anzahl der Ferientage bei Eltern oder Elternteilen	im Zeitraum:……	
Anzahl der Ferientage bei Eltern oder Elternteilen	im Zeitraum:……	
Anzahl der Ferientage im sozialen Umfeld (Familie, Freunde etc.)		
Anzahl der Ferientage in externen Ferienmaßnahmen (Ferienfahrten, die von anderen Institutionen angeboten werden)		

Datum	
Unterschrift des MA Sozialpädagogischer Dienst	