

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

- Erstantrag  
 Folgeantrag

- überarbeitete Fassung auf  
 Anfrage der GF der HPK

**A. Folgende Dienste / Einrichtungen / Personen gehören zum Helferkreis:**

	Name	Institution / Telefon	Berufsgruppe
<b>1*</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			

\*Federführung

**B. Zusammenfassung der für den aktuellen Hilfeprozess relevanten Hilfen**

**Art der Leistung**

- Eingliederungshilfe ambulant \_\_\_\_\_ FLS ab wann: \_\_\_\_\_  
 Eingliederungshilfe stationär \_\_\_\_\_ ab wann: \_\_\_\_\_  
 MSD / MSD plus \_\_\_\_\_ FLS ab wann: \_\_\_\_\_  
 Hilfe zur Pflege  
 Haushaltshilfe  
 andere Verrichtungen gem. § 61ff SGB XII (Erläuterung hierzu siehe Leitfaden)  
 Arbeit & Beschäftigung (SGB XII)  
 WfbM (SGB XII)  
 Psychiatrische Pflege  
 Ergotherapie  
 andere \_\_\_\_\_

**C. Persönliches Budget beantragt:**  Ja  Nein

# Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

1. Wohnen/Lebenspraktische Fähigkeiten		+	1	2	3	9	X
<b>Mobilitätshilfen</b>							
	Nutzung der Hilfsmittel (Motivation, Kenntnisse, Fähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Benutzung öff. Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Selbstsorge/Körpersorge</b>							
	Aufstehen/Zubettgehen (Motivation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aufrechterhaltung des Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	An- und Auskleiden (Motivation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Körperpflege (Wahrnehmung/Motivation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kleidungspflege (Wahrnehmung/Motivation, Kenntnisse, angemessene Kleidung, Waschen, Bügeln, Flicken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sicherstellung von Ernährung und Hauswirtschaft</b>							
	Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Haushaltsführung (Motivation, Organisation, Reinigung, Ordnung halten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wohnraumgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Administrationsunterstützung</b>							
	Umgang mit Geld u. sonstigen Vermögensangelegenheiten (Schulden, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Umgang mit Behördenangelegenheiten / Schriftverkehr (Umsetzung von sozialen Ansprüchen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Besonderer Hilfebedarf = Psychische Befindlichkeit</b>		+	1	2	3	9	X
<b>Psychische Stabilisierung/Gefährdungsprophylaxe</b>							
	Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Antrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selbstbewusstsein / Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Realitätsprüfung (Wahn, Halluzinationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sinnorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Umgang mit der Beeinträchtigung (Krankheitseinsicht, Bewältigungskompetenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Absprachefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**+= bitte ankreuzen, wenn besondere Fähigkeiten vorhanden sind**

**X= bitte für Krisenzeiten die entsprechende Nummer eintragen**

1= Fähigkeit vorhanden / keine Beeinträchtigung oder Probleme

2= Fähigkeit zum Teil vorhanden / mittelschwere Beeinträchtigung oder Probleme

3= Fähigkeit nicht vorhanden / schwere Beeinträchtigung oder Probleme

9= unklar / nicht zu beurteilen

<b>Gesundheitssorge</b>						
	Inanspruchnahme allg. medizinischer u. sozialer Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beeinträchtigung körperliche Erkrankung / Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gesundheitsertaltender Lebensstil (Gesundheitsbewusstes Verhalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Gestaltung sozialer Beziehungen, Orientierung</b>		<b>+</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b> <b>X</b>
<b>Beziehungsgestaltung</b>						
	Sprachliche Mitteilungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fähigkeit zu angemessenem Verhalten (Menschen einschätzen können, situationsadäquat Handeln können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fähigkeit zur Konfliktprävention/Konfliktbearbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beziehungsaufbau</b>						
	Aufnahme und Gestaltung familiärer Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme und Gestaltung Partnerbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wohn- und Lebensbereich (Freunde, Nachbarn, Bekannte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme und Gestalt. von Beziehungen im Arbeitsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme von Beziehungen zu fremden Menschen in offenen sozialen Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orientierungsförderung</b>						
	Räumliche Orientierung (im Alltag, im bekannten Umfeld in Gemeinde/Region)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eigenständige Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Arbeit und Beschäftigung</b>		<b>+</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b> <b>X</b>
	Lesen, Schreiben, Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Motivation zu Beschäftigung / Arbeit / berufl. Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	berufliche Orientierung (Wahl einer geeigneten Tätigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wahl einer geeigneten Ausbildungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme einer Beschäftigung / Arbeit / berufl. Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewältigung der Beschäftigungs- / Arbeitsanforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vereinbarkeit Arbeit/ Tagesgestaltung und private Verpflichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Freizeit</b>		<b>+</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b> <b>X</b>
	Gestaltung frei verfügbarer Zeit (Motivation, Fähigkeiten, Kenntnisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nutzung von Medien (Radio, Fernsehen, Computer, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geselligkeit (Teilnahme an Gruppen, Gemeindeleben, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interessen (Hobbys, Freizeitbetätigungen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme am kulturellen Leben (kulturelle Veranstaltungen, Reisen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**+= bitte ankreuzen, wenn besondere Fähigkeiten vorhanden sind**

**X= bitte für Krisenzeiten die entsprechende Nummer eintragen**

1= Fähigkeit vorhanden / keine Beeinträchtigung oder Probleme

2= Fähigkeit zum Teil vorhanden / mittelschwere Beeinträchtigung oder Probleme

3= Fähigkeit nicht vorhanden / schwere Beeinträchtigung oder Probleme

9= unklar / nicht zu beurteilen

**Einschätzung der zurückliegenden und aktuellen Situation:**

- a) Beschreibung der erzielten Veränderungen im zurückliegenden Bewilligungszeitraum,
- b) Problemlagen, die jetzt im Vordergrund stehen,
- c) Fähigkeiten und Ressourcen, die beim Erreichen von Zielen hilfreich sein können.

**1. Wohnen / Lebenspraktische Fähigkeiten**

*(Bitte unterschiedliche Einschätzungen des Klienten / der Klientin in Stichworten angeben)*

**2. Besonderer Hilfebedarf / Psychische Befindlichkeit**

*(Bitte unterschiedliche Einschätzungen des Klienten /der Klientin in Stichworten angeben)*

(Blatt 2)

## Einschätzung der zurückliegenden und aktuellen Situation:

- a) Beschreibung der erzielten Veränderungen im zurückliegenden Bewilligungszeitraum,
- b) Problemlagen, die jetzt im Vordergrund stehen,
- c) Fähigkeiten und Ressourcen, die beim Erreichen von Zielen hilfreich sein können.

### 3. Gestaltung sozialer Beziehungen, Orientierung

*(Bitte unterschiedliche Einschätzungen des Klienten /der Klientin in Stichworten angeben)*

### 4. Arbeit und Beschäftigung

*(Bitte unterschiedliche Einschätzungen des Klienten /der Klientin in Stichworten angeben)*

### 5. Freizeit

*(Bitte unterschiedliche Einschätzungen des Klienten /der Klientin in Stichworten angeben)*

## Ziele und Hilfen aus den verschiedenen Bereichen

<b>1. Wohnen / Lebenspraktische Fähigkeiten</b>			
<b>Ziele</b> <i>(bitte kennzeichnen)</i> <b>1 = Mobilitätshilfen</b> <b>2 = Selbstsorge/Körperpflege</b> <b>3 = Sicherstellung von Ernährung u. Hauswirtschaft</b> <b>4 = Administrationsunterstützung</b> <i>(gegebenenfalls andere Einschätzungen des Klienten / der Klientin angeben)</i>	<b>Hilfen u. Maßnahmen</b> <i>(bitte geplante Dauer der Hilfen / Vereinbarungen angeben)</i>	zeitlicher Aufwand Eingliederungshilfe  <i>pro Woche in Minuten</i>	<b>Beantragte bzw. bereits genehmigte Maßnahmen sonstiger Leistungserbringer u. nicht professionelle Hilfen mit zeitlichem Aufwand</b> <i>(bitte kennzeichnen)</i> <b>B = beantragt / G = genehmigt</b>
<b>2. Besonderer Hilfebedarf / Psychische Befindlichkeit</b>			
<b>Ziele</b> <i>(gegebenenfalls andere Einschätzungen des Klienten / der Klientin angeben)</i>	<b>Hilfen u. Maßnahmen</b> <i>(bitte geplante Dauer der Hilfen / Vereinbarungen angeben)</i>	zeitlicher Aufwand Eingliederungshilfe  <i>pro Woche in Minuten</i>	<b>Beantragte bzw. bereits genehmigte Maßnahmen sonstiger Leistungserbringer u. nicht prof. Hilfen mit zeitlichem Aufwand</b> <i>(bitte kennzeichnen)</i> <b>B = beantragt / G = genehmigt</b>

## Ziele und Hilfen (Blatt 2)

<b>3. Gestaltung sozialer Beziehungen, Orientierung</b>			
<b>Ziele</b>  <i>(gegebenenfalls andere Einschätzungen des Klienten / der Klientin angeben)</i>	<b>Hilfen u. Maßnahmen</b>  <i>(bitte geplante Dauer der Hilfen / Vereinbarungen angeben)</i>	zeitlicher Aufwand Eingliederungshilfe  <i>pro Woche in Minuten</i>	<b>Beantragte bzw. bereits genehmigte Maßnahmen sonstiger Leistungserbringer u. nicht prof. Hilfen mit zeitlichem Aufwand</b> <i>(bitte kennzeichnen)</i> <b>B = beantragt / G = genehmigt</b>
<b>4. Arbeit und Beschäftigung</b>			
<b>Ziele</b>  <i>(allgemeine Ziele/ Umfang von Arbeit und Beschäftigung/ Art der Tätigkeit/ Verdienst)</i>	<b>Hilfen u. Maßnahmen</b>  <i>(bitte geplante Dauer der Hilfen / Vereinbarungen angeben)</i>	zeitlicher Aufwand Eingliederungshilfe  <i>pro Woche in Minuten</i>	<b>Beantragte bzw. bereits genehmigte Maßnahmen sonstiger Leistungserbringer u. nicht prof. Hilfen mit zeitlichem Aufwand</b> <i>(bitte kennzeichnen)</i> <b>B = beantragt / G = genehmigt</b>
<b>5. Freizeit</b>			
<b>Ziele</b>	<b>Hilfen und Maßnahmen</b>  <i>(bitte geplante Dauer der Hilfen / Vereinbarungen angeben)</i>	zeitlicher Aufwand Eingliederungshilfe  <i>pro Woche in Minuten</i>	<b>Beantragte bzw. bereits genehmigte Maßnahmen sonstiger Leistungserbringer u. zeitlicher Aufwand andere Leistungen u. prof. Hilfen</b> <i>(bitte kennzeichnen)</i> <b>B = beantragt / G = genehmigt</b>

## **Ergänzungen zu Zielen und Hilfen**

**Bemerkungen/ Vereinbarung mit Leistungserbringer/n**

**Andere Einschätzungen der Klientin/ des Klienten**

A large empty rectangular area defined by a dotted border, intended for handwritten notes or additional information.



, -

**Einwilligungs- und Datenschutzerklärung**  
**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht**

1. Über das Verfahren der Hilfeplanung für Maßnahmen der Eingliederungshilfe in einer betreuten Wohnform sowie das Verfahren der Abstimmung der Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz Bielefeld bin ich informiert worden.
2. Die „Datenschutzrechtlichen Hinweise des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe“ und das „Merkblatt zur Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung“ habe ich zur Kenntnis genommen und diese wurden mir auf Wunsch ausgehändigt.
3. Ich entbinde die in diesem IBRP-Bielefeld genannten sachverständigen Personen und/oder Gremien von ihrer Schweigepflicht insoweit dieses zur umfassenden Sachverhaltsaufklärung durch den örtlichen und/oder überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Zusammenhang der von mir beantragten Leistungen beiträgt.
4. Ich nehme an diesem Hilfeplanverfahren teil.  
Meine persönlichen Daten werden mit meinem Einverständnis von der Hilfeplanerin/ dem Hilfeplaner Frau/Herrn ..... im „IBRP-Bielefeld“ einschließlich evtl. Anlagen schriftlich aufgenommen. Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass diese Dokumente den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der funktionalen Hilfeplankonferenz Bielefeld (der Personenkreis ist in dem unter 2. genannten „Merkblatt“ verzeichnet) und den zuständigen Vertretern der Kostenträger unter dem Gebot der Vertraulichkeit und unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen zugänglich gemacht werden.
5. Ich bin damit einverstanden, dass die im IBRP enthaltenen Informationen an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und im IBRP-Bielefeld, Teil 3 (Hilfeplan) abschließend bezeichnet sind. In diese Weitergabe willige ich ein, soweit sie zum Zweck der Umsetzung des IBRP-Bielefeld erforderlich ist.
6. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Erörterung meines Hilfeplanes in der Hilfeplankonferenz anonym erfolgt, wenn ich dies ausdrücklich wünsche. In diesem Fall wird mein Name lediglich den Kostenträgern und der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz bekannt. Mir ist bekannt, dass bei der erstmaligen Beantragung von Eingliederungshilfen nach §§ 53/54 SGB XII die persönliche Teilnahme der Hilfesuchenden an der funktionalen Hilfeplankonferenz erwünscht ist und auch bei Anträgen auf Weiterbewilligung der Hilfen das persönliche Erscheinen erbeten werden kann. Auch wenn ich eine anonyme Erörterung wünsche, werde ich erforderlichenfalls eine Einladung zur Teilnahme an der Sitzung der Hilfeplankonferenz erhalten.  
 Ich möchte, dass mein Hilfeplan in der Hilfeplankonferenz in anonymer Form besprochen wird und füge zusätzlich einen anonymisierten IBRP-Bielefeld bei.
7.  Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu statistischen Zwecken in anonymisierter Form ausgewertet werden dürfen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Klient/in:

.....  
Unterschrift gesetzl. Betreuer/in:

.....  
federführende/r Hilfeplaner/in