## **A. Stammdatenblatt**

**1. Angaben zum jungen Menschen**

Name:

Geschlecht: männlich **[ ]**

weiblich **[ ]**

divers **[ ]**

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltsstatus:

Besuchte Kita/Schule/Ausbildungsstelle:

Ansprechpartner:

Adresse:

Telefon:

Krankenversichert durch: Vater **[ ]** Mutter **[ ]** Sonstige:

Name und Sitz der Krankenkasse:

**2. Angaben zur Familie**

Inhaber der Personensorge: beide Elternteile **[ ]**

Mutter **[ ]**

Vater **[ ]**

Sonstige\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Volljährigkeit des jungen Menschen **[ ]**

Name Vater:

Adresse:

Telefon:

Name Mutter:

Adresse:

Telefon:

Geschwister:       Geburtsdatum:

      Geburtsdatum:

      Geburtsdatum:

## **B. Bedarfsermittlungsinstrument**

**Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a SGB VIII durch**

Name:

Adresse:

Telefon:

Beurteilungszeitraum: letzte 12 Monate

Diagnostiziert die ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahme eine seelische Störung, die

vom für das Lebensalter typischen Zustand abweicht?

ja **[ ]** nein **[ ]**

Falls ja, welche?

Hat diese Abweichung Krankheitswert oder beruht auf einer Krankheit?

ja **[ ]** nein **[ ]**

Liegt beim jungen Menschen eine körperliche oder geistige Behinderung vor?

ja **[ ]** nein **[ ]**

Falls ja, welche?

Wurden beim jungen Menschen bereits andere Tests durchgeführt bzw. Diagnosen erstellt?

ja **[ ]** nein **[ ]**

Falls ja, welche? Mit welchem Ergebnis?

Wurden bereits Leistungen nach SGB V eingeleitet?

ja **[ ]** nein **[ ]**

Falls ja, welche?

Falls nein, weshalb nicht?

Mit welchem Ergebnis?

Weshalb sind diese nicht ausreichend?

Bitte nehmen Sie die folgenden Einschätzungen entlang folgender Skalierung vor:

**0=keine Probleme 1=geringe Probleme 2=leichte Probleme**

**3=mäßige Probleme 4=schwerwiegende Probleme**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bereich** | **Einschätzung****junger Mensch** | **Einschätzung****Eltern** | **Einschätzung sonstige Person** **(**     **)** | **Einschätzung Fachkraft****(Jugendamt)** | **Bemerkung** |
| **Interaktionen/Beziehungsqualität/Kommunikation****Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß…** |
| …mit anderen Familienmitgliedern in Kontakt treten? |       |       |       |       |       |
| …mit anderen Betreuungspersonen in Kontakt treten? |       |       |       |       |       |
| …mit Gleichaltrigen in Kontakt treten? |       |       |       |       |       |
| …mit Nähe und Distanz umgehen? |       |       |       |       |       |
| …Regeln und Grenzen einhalten? |       |       |       |       |       |
| …mit sozialen Anforderungen umgehen? |       |       |       |       |       |
| …mit Konflikten umgehen? |       |       |       |       |       |
| …sonstiges? |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bereich** | **Einschätzung****junger Mensch** | **Einschätzung****Eltern** | **Einschätzung sonstige Person** **(**     **)** | **Einschätzung Fachkraft****(Jugendamt)** | **Bemerkung** |
| **Beziehungen****Wie gestalten sich die Beziehungen des jungen Menschen zu…** |
| …Mutter? |       |       |       |       |       |
| …Vater? |       |       |       |       |       |
| …Geschwistern? |       |       |       |       |       |
| …Freunden? |       |       |       |       |       |
| …Erziehern und/oder Lehrern? |       |       |       |       |       |
| …Fremden? |       |       |       |       |       |
| …sonstiges? |       |       |       |       |       |

**Ressourcen**

**Barrieren**

**Gesamteinschätzung zur Interaktion und Beziehungsqualität** (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bereich** | **Einschätzung****junger Mensch** | **Einschätzung****Eltern** | **Einschätzung sonstige Person** **(**     **)** | **Einschätzung Fachkraft****(Jugendamt)** | **Bemerkung** |
| **Integration****Wie schätzen Sie die Einbindung des jungen Menschen im jeweiligen Kontext ein?** |
| Familie |       |       |       |       |       |
| Kindertagesstättengruppe; Klassenverband; Ausbildungsgruppe/Arbeitsstelle |       |       |       |       |       |
| Peer-group |       |       |       |       |       |
| Andere erwachsene Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde etc.) |       |       |       |       |       |
| Vereine |       |       |       |       |       |
| Freizeitaktivitäten |       |       |       |       |       |
| Sonstiges: |       |       |       |       |       |

**Ressourcen**

**Barrieren**

**Gesamteinschätzung zur Integration** (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen

Fachkräfte)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bereich** | **Einschätzung****junger Mensch** | **Einschätzung****Eltern** | **Einschätzung sonstige Person** **(**     **)** | **Einschätzung Fachkraft****(Jugendamt)** | **Bemerkung** |
| **Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung****Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß…** |
| …seinen Alltag generell bewältigen? |       |       |       |       |       |
| …sich pflegen? |       |       |       |       |       |
| …sich selbst versorgen? |       |       |       |       |       |
| …sich fortbewegen? |       |       |       |       |       |
| …mit Finanzen umgehen? |       |       |       |       |       |
| Sonstiges: |       |       |       |       |       |

**Ressourcen**

**Barrieren**

**Gesamteinschätzung zur Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung** (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bereich** | **Einschätzung****junger Mensch** | **Einschätzung****Eltern** | **Einschätzung sonstige Person** **(**     **)** | **Einschätzung Fachkraft****(Jugendamt)** | **Bemerkung** |
| **Lernen und Leistung (Kindertagesstätte/Schule/Ausbildung/Arbeitsplatz)****Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß…** |
| …den Anforderungen generell entsprechen? |       |       |       |       |       |
| …dem regelmäßigen Besuch nachkommen? |       |       |       |       |       |
| …Aufmerksamkeit fokussieren? |       |       |       |       |       |
| …dem Leistungsniveau im Durchschnitt entsprechen? |       |       |       |       |       |
| …Lesen und Schreiben? |       |       |       |       |       |
| …Rechnen? |       |       |       |       |       |
| Sonstiges |       |       |       |       |       |

**Ressourcen**

**Barrieren**

**Gesamteinschätzung zum Lernen und Leistung** (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)

Beurteilungen liegen vor aus

Kita **[ ]**

Schule **[ ]**

Arbeitgeber **[ ]**

Freizeitbereich **[ ]**

Sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gesamteinschätzung der Teilhabebeeinträchtigung (erfolgt durch Fachkraft des Jugendamtes)**

Bitte beurteilen Sie zusammenfassend die Teilhabebeeinträchtigungen des jungen Menschen in den verschiedenen Bereichen. Bitte begründen Sie ihre Einschätzung zum Eingliederungsbedarf gemäß § 35a SGB VIII. Beachten Sie bitte, dass der Entscheidungspfad deutlich wird und Abwägungen und Gewichtungen transparent gemacht werden.

**Abschließende Bewertung**

**Eine (drohende) seelische Behinderung nach § 35a SGB VIII liegt vor [ ]**

 **liegt nicht vor [ ]**

**Teilhabeziele**

**Voraussichtlich erforderliche Leistungen nach § 35a SGB VIII**

in ambulanter Form **[ ]**

in einer teilstationären Einrichtung **[ ]**

in einer Tageseinrichtung für Kinder **[ ]**

durch eine geeignete Pflegeperson **[ ]**

in einer Einrichtung über Tag und Nacht **[ ]**

**Art der Hilfe**

Datum der Einschätzung:

Bei der Beratung beteiligte Fachkräfte:

Zuständige Fachkraft:

**C. Ergebnis der Hilfeplanung (vor Erlass der Leistungsentscheidung)**

Datum der Teamkonferenz:

TeilnehmerInnen:

**Begründung der Hilfe**

- aus Sicht der Eltern / der(s) Personensorgeberechtigten:

- aus Sicht des jungen Menschen:

- aus Sicht der Fachperson § 35a Abs. 1a SGB VIII:

- aus Sicht des Leistungserbringers:

- aus Sicht anderer beteiligter Stellen (z.B. Kindergarten, Schule)

- aus Sicht des Jugendamtes (Gründe für die Wahl):

**Wunsch- und Wahlrecht**

**Leistungserbringung[[1]](#footnote-1)**\*

Leistungserbringer:

Ort der Hilfe:

Umfang/Häufigkeit:

Weitere Anmerkungen/Hinweise:

**Rückkehroption bei Hilfe außerhalb der Familie**

Ist eine Rückkehr in die Herkunftsfamilie vorgesehen, wenn ja, unter welchen Voraussetzungen:

- von den Eltern werden folgende Hilfestellungen gewünscht:

Veranlasste Beratungs- und Unterstützungsleistungen gegenüber den Eltern:

**Umgangskontakte mit den Eltern**

**Zielsetzungen (Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch, Terminierbar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Leitziele | Feinziele | Handlungsvereinbarungen(wer macht was bis wann?) |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Zusätzlich notwendige sozialpädagogische, schulische oder therapeutische Leistungen**

**Absprachen zur Zusammenarbeit mit den Eltern**

**Voraussichtlicher Bewilligungszeitraum der Hilfe**

**D. Teilhabeplan**

Datum des Anlass gebenden Antrags:

Leistender Rehabilitationsträger sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger:

**Beteiligte Rehabilitationsträger**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beteiligte Rehabilitationsträger | Splitting § 15 Abs. 1 | Beteiligung § 15 Abs. 2 | Leistungser-bringung in eig. Namen nach § 15 Abs. 3  | Zeitpunkt der Beteiligung | Zeitpunkt der Rückmeldung |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ] ja | [ ] nein |       |       |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ] ja | [ ] nein |       |       |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ] ja | [ ] nein |       |       |

**Aktuell beantragte Leistungen zur Teilhabe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Leistung | Antragvom | Leistender Rehabilitationsträger | Bewilligt Datum | Zeitraum\* | Ort\* | Einrichtung\* |
|       |       |       | ☐ ja  | ☐nein |       |       |       |       |
|       |       |       | ☐ ja  | ☐nein |       |       |       |       |
|       |       |       | ☐ ja  | ☐nein |       |       |       |       |

\*soweit bereits feststehend

Wurden andere öffentliche Stellen an der Teilhabeplanung beteiligt?

Pflegekasse [ ]  ja [ ] nein

Integrationsamt [ ]  ja [ ] nein

Jobcenter [ ]  ja [ ] nein

Betreuer bzw. Betreuungsbehörde [ ]  ja [ ] nein

Sonstige:

**Ergebnisse der Bedarfsermittlung der beteiligten Rehabilitationsträger und anderer öffentlicher Stellen**

|  |  |
| --- | --- |
| Rehabilitationsträgerbzw. andere Stelle | Ergebnis der Bedarfsermittlung |
|       |       |
|       |       |

Hat eine Teilhabeplankonferenz stattgefunden?

 [ ]  ja, am       [ ] nein, weil

|  |
| --- |
| Zusammenfassung der Ergebnisse      |

Zusammenfassung des insgesamt festgestellten Bedarfs mit Bezug zu Teilhabezielen und Wünschen des Antragstellers

|  |
| --- |
|       |

**Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX des Jugendamts**

Vgl. Modul B

**Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX der beteiligten Rehabilitationsträger**

**Gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit**

liegt vor [ ]  ja [ ]  nein

|  |
| --- |
| Ergebnis      |

**Ggf. abweichende Sichtweisen des Leistungsberechtigten in Bezug auf aktuelle Situation, Bedarfe, Ziele und Leistungen**

|  |
| --- |
|       |

**Zeitliche Planung / Ausgestaltung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Art und Umfang der Leistung  | Rehabilita-tionsträger | Leistungskoordina-tion: Angaben zur inhaltlichen + zeitli-chen Verknüpfung der Leistungen | Zeitraum/Ort | Leistungserbring-ung durch folgen-de Dienste bzw. Einrichtungen |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

## **E. Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Hiermit willige ich ein, dass der Rehabilitationsträger       zur Koordinierung

- der Bedarfsermittlung und -feststellung sowie der Leistungserbringung im Zusammenhang mit meinem Antrag / nach Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs auf Leistungen zur Teilhabe vom      ,

- falls unzutreffend bitte streichen:

und meinem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe / nach Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs vom       bei Rehabilitationsträger

im Rahmen der Teilhabeplanung in Abstimmung mit mir eine **Teilhabeplankonferenz** durch-führt und die dafür erforderlichen Schritte (Termin, Zeit, Ort, Beteiligte) unmittelbar in die Wege leitet.

Weiterhin dürfen folgende Personen, Organisationen bzw. Einrichtungen an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen:







Die Einwilligung erstreckt sich insbesondere auf die Datenverarbeitung (Datenerhebung/-übermittlung) zwischen den o. g. Trägern, Personen, Organisationen und mir während des gemeinsamen Austausches im Rahmen der Teilhabeplankonferenz. Die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung ergibt sich aus den Zielen der Teilhabeplanung (§ 19 ff. SGB IX) und den Zielen und dem Zweck der Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX).

Mir ist bewusst, dass auch bei größter Sorgfalt nicht ausgeschlossen werden kann, dass in der besonderen Gesprächssituation Informationen ausgetauscht werden, die am Ende für die Teilhabeplanung nicht gebraucht werden.

Eine Datenverarbeitung im Nachgang der Teilhabeplankonferenz ist nur zulässig, soweit sie für die Erstellung des Teilhabeplans (bzw. für die Feststellung des trägerspezifischen Rehabilitationsbedarfs) erforderlich ist (§ 23 Abs. 2 SGB IX). Alle weiteren Daten von denen eine Person, ein Rehabilitationsträger oder eine Organisation im Rahmen der Teilhabeplankonferenz Kenntnis erlangt, dürfen im Nachgang der Teilhabeplankonferenz nicht weiter verwendet werden. Nach Erstellung des Teilhabeplans sind alle nicht entscheidungsrelevanten Daten zu löschen.

Bei der Durchführung der Teilhabeplankonferenz ist der leistende Rehabilitationsträger (hier:      ) Verantwortlicher für die Verarbeitung von Sozialdaten (§ 67 Abs. 9 SGB X) sowie Stelle im Sinne von § 35 Abs. 1 SGB I (§ 23 Abs. 1 SGB IX). Sollte die Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung auf einen anderen Rehabilitationsträger übergehen, geht auch die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit auf diesen über. Über den Verantwortungsübergang werde ich informiert.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

1. Soweit bereits feststehend. [↑](#footnote-ref-1)