

**Instrument zur Planung der
Hilfe für wohnungslose Frauen
in besonderen sozialen
Schwierigkeiten nach
§67 ff, SGB XII**

-Tübingen 2016-

Fallnummer:

Stammdatenblatt

Name, Vorname:

Geburtsdatum/ Alter :

Geschlecht: weiblich

Nationalität: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig in Partnerschaft verheiratet/
 verwitwet eingetragene Partner

Kinder: nein ja

Alter Kinder :

Umgangsrecht: Fremdunterbringung bei (Ex)Partner
 andere Familienangehörige Sonstiges:

Vermittelt durch (Stelle/Person):

Gesetzliche Betreuung: nein ja

Erstanamnesebogen

1. Aktuelle Gründe für die Inanspruchnahme der Beratung (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Fehlende Unterkunft | <input type="checkbox"/> | Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> |
| Familiäre Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | Physische Belastungen | <input type="checkbox"/> |
| Psychische Belastungen | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
- Weitere Gründe?

Ergänzende Angaben:

2. Wohnsituation zum Aufnahmezeitpunkt

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Eigene Wohnung | <input type="checkbox"/> | Notunterkunft | <input type="checkbox"/> |
| Elterliche Wohnung | <input type="checkbox"/> | Obdachlos | <input type="checkbox"/> |
| Unterkunft bei Freunden | <input checked="" type="checkbox"/> | besetztes Haus | <input type="checkbox"/> |
| Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> | Zweckbeziehung | <input type="checkbox"/> |
| stationäre Einrichtung | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ | |

Seit wann befindet sich die Klientin in dieser Wohnsituation? (Monat/Jahr)

Ergänzende Angaben:

3. Einkommensverhältnisse/Finanzielle Lage

Über welches Einkommen/ welche Einnahmen verfügt die Klientin aktuell
(Mehrfachnennungen möglich):

- | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| SGB II | <input type="checkbox"/> | Eltern | <input type="checkbox"/> |
| SGB VIII | <input type="checkbox"/> | Familienangehörige | <input type="checkbox"/> |
| SGB XII | <input type="checkbox"/> | Eigenes Einkommen | <input type="checkbox"/> |

Nähere Beschreibung des eigenen Einkommens? (Arbeitsanstellung, Gelegenheitsjobs/Schnorren, Straßenmusik usw.)

Höhe der tatsächlich verfügbaren finanziellen Mittel : Pro Tag

oder Pro Monat

Verantwortungsvoller Umgang mit Geld ja nein

Hat die Klientin Schulden? ja nein

Höhe der Schulden (falls bekannt)

Ergänzende Angaben:

4. Arbeit/Schule/Ausbildung (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Abgeschlossene Schulausbildung | <input type="checkbox"/> | Aktuell in Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| Abgeschlossene Ausbildung | <input type="checkbox"/> | Aktuell Schulbesuch | <input type="checkbox"/> |
| Berufstätig | <input type="checkbox"/> | Arbeitslos (gemeldet) | <input type="checkbox"/> |

Ergänzende Angaben:

5. Aktueller Kontakt zum Hilfesystem

Hat die Klientin aktuell Kontakt zu folgenden Institutionen (Mehrfachnennungen möglich):

Nein	<input type="checkbox"/>		
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	PIA	<input type="checkbox"/>
Fachärzte	<input type="checkbox"/>	SPDI	<input type="checkbox"/>
Psychiater/Neurologe	<input type="checkbox"/>	Reha-Einrichtungen	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationszentrum (Drogen)	<input type="checkbox"/>	Strafvollzug/Gerichtshilfe	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>
Andere Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="text"/>

Hatte die Klientin früher schon einmal Kontakt zu folgenden Institutionen (Mehrfachnennungen möglich):

Nein	<input type="checkbox"/>		
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	PIA	<input type="checkbox"/>
Fachärzte	<input type="checkbox"/>	SPDI	<input type="checkbox"/>
Psychiater/Neurologe	<input type="checkbox"/>	Reha-Einrichtungen	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationszentrum (Drogen)	<input type="checkbox"/>	Strafvollzug/Gerichtshilfe	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsych.	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>
Andere Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="text"/>

Ergänzende Angaben:

6. Soziale Beziehungen

a) Familiäre Situation

Die Klientin hat Kontakt zu Familienangehörigen:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Die Klientin beschreibt eine tragfähige Beziehung zu mindestens einem Familienmitglied:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, zu wem?

b) Peer Group/ Freundschaften/ Sonstige soziale Kontakte

Die Klientin hat außerfamiliäre Kontakte:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Fallnummer:

Die Klientin beschreibt eine tragfähige Beziehung zu mindestens einer weiteren Person ja nein
Wenn ja, zu wem?

c) Partnerschaft/ Ehe

Die Klientin befindet sich derzeit in einer Partnerschaft/ Ehe: ja nein

Die Klientin beschreibt eine tragfähige Beziehung zu dieser Person: ja nein

Die Klientin hat häufig wechselnde Partnerschaften ja nein

Ergänzende Angaben:

7. Tagesgestaltung /Selbstversorgung

Die Klientin kann sich im Alltag selbst versorgen: ja nein

Wenn nein, wo zeigen sich Defizite?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Haushaltsführung (Wäsche etc.) | <input type="checkbox"/> | Körperpflege | <input type="checkbox"/> |
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> | „aufstehen“ | <input type="checkbox"/> |
| Essenszubereitung | <input type="checkbox"/> | Behördenangelegenheiten | <input type="checkbox"/> |
| | | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| | | Welche? _____ | |

Ergänzende Angaben:

8. Gesundheitliche Verfassung

Die Klientin ist krankenversichert

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Bestehende Schwangerschaft

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Verhütungsmittel _____

Einnahme anderer Medikamente: _____

a) Physische Befindlichkeit

Die Klientin wirkt körperlich gesund

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Wenn nein, Auffälligkeiten? _____

Die Klientin hat aktuell körperliche Beschwerden

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Wenn ja, welche? _____

Die Klientin ist chronisch krank

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Wenn ja, Diagnose? _____

Die Klientin ist aktuell in ärztlicher Behandlung

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Wenn ja, Fachrichtung? _____

Die Klientin ist stark über- oder untergewichtig (zutreffendes unterstreichen)

<u>ja</u>	nein
-----------	------

b) Psychische Befindlichkeit

Diagnostizierte psychische Erkrankungen

<u>ja</u>	nein
-----------	------

Wenn ja, welche? _____

Ergänzende Angaben:

Fallnummer:

Einschätzung der psychischen Konstitution des Klienten:

Grad der Ausprägung	keine	leicht	mittel	schwer
Riskanter/schädlicher Substanzgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigte Sprach-/Lese-/Schreibfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigte Motorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extensive Nutzung nicht-stoffgebundener Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehobene Stimmung/gesteigerter Antrieb und Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedrückte Stimmung/Hoffnungslosigkeit/Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Ängste (konkret und/oder unspezifisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwanghaftigkeit (in Gedanken oder Handlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltsames und exzentrisches Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/ Erbrechen/ Gebrauch von Abführmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Essen bei belastenden Ereignissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper/verschobene Wahrnehmung des eigenen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fallnummer:

Grad der Ausprägung	keine	leicht	mittel	schwer
Tics (motorischer oder vokaler Art)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten der Sexualität/ des Sexualverhaltens (Transsexualität; sexuelle Funktionsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr egozentrisches Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffallend in sich-gekehrt/einzelgängerisches Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhöhtes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringes Selbstwertgefühl/erhöhte Kränkbarkeit/dauernde Verlangen nach Anerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßig unsoziales (aggressives, rücksichtsloses und desinteressiertes)Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extreme Dependenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägter Perfektionismus/ Inflexibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extreme Selbstunsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Impulsivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Theatralik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Symptome ohne erkennbare Ursache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachhallerinnerungen, Flashbacks (wach oder im Traumzustand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fallnummer:

- Gesamtplan/Hilfeplan (§ 67 ff SGB XII)**
- Erstellt unter Beteiligung des/der MitarbeiterIn der Sozialhilfedienststelle an der Hilfekonferenz
- Erstellt unter Beteiligung des Persönlichen Ansprechpartners des Job centers an der Hilfekonferenz

(innerhalb des Dokumentes bewegen Sie sich mit folgenden Tastenkombinationen: nächstes Feld: Tabulatortaste oder auf/ab-Tastenblock; vorheriges Feld: Umschalt+Tabulatortaste oder auf/ab-Tastenblock, Kontrollkästchen aktivieren: Leertaste oder per Mausclick bestätigen))

Tübingen, den

Leistungserbringer	Leistungsberechtigte/er: (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____
Name der Mitarbeiter/in	
Sozialhilfeträger	gesetzl. Betreuer/in (Name, Vorname, Anschrift)
Name Sachbearbeiter/in	
Weitere Beteiligte:	

Frau / Herr _____ gehört weiterhin zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 67 ff SGB XII bzw. zum Personenkreis, der vollstationäre Hilfe nach Landesrahmenvertrag LT III, 1.5. oder IV benötigen (stat. Langzeithilfe); Die Voraussetzungen der besonderen Lebensverhältnisse, verbunden mit sozialen Schwierigkeiten, die aus eigener Kraft nicht überwunden werden können, sind weiterhin gegeben:

Fallnummer:

1. HILFEBEREICHE	
	Diff. Darstellung der aktuellen Situation und der vorhandenen Ressourcen, soweit sich Veränderungen ergeben haben
1.1	Wohnen:
1.2	Haushaltsführung
1.3	Finanzielle Situation
1.4	Schul-/Berufs-Ausbildung/Arbeit
1.5	Familiäre, soziale nachbarschaftliche Beziehungen
1.6	Soziale Teilhabe am öffentlichen Leben
1.7	Gesundheit/Gesundheitsvorsorge
1.8	

2. ZIELE UND MAßNAHMEN

2.1 Beschreibung aus der Sicht des/der

<u>Leistungsberechtigten:</u>
<u>Leistungserbringers</u>
<u>Sozialamtes (soweit am Planungsprozess beteiligt)</u>
<u>Persönlicher Ansprechpartner des JC, (soweit am Planungsprozess beteiligt)</u>
<u>weiterer Beteiligter (soweit vorhanden und am Planungsprozess beteiligt)</u> <u>(soweit erforderlich und nicht schon unter Ziff 2. aufgeführt)</u>

2.2 Gemeinsam vereinbarte Ziele und ggf Maßnahmen zur Zielerreichung

Ziele (was soll erreicht werden / wie soll es erreicht werden)	Maßnahmen/ Schritte zur Umsetzung (wenn möglich und erforderlich mit Zeitrahmen und Verantwortlichkeit)
<input type="checkbox"/> kurzfristige Ziele <input type="checkbox"/> Ergebnisziele	
<input type="checkbox"/> mittelfristige Ziele <input type="checkbox"/> Rahmenziele	
<input type="checkbox"/> langfristige Ziele <input type="checkbox"/> Grundsatzziel	

3. NOTWENDIGE BETREUUNGSFORM(EN)¹

<input type="checkbox"/> vollstationäre Unterbringung
<input type="checkbox"/> teilstationäres Wohnen
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen in Wohnprojekten
<input type="checkbox"/> ambulant betreutes Wohnen (Wohngemeinschaft oder Individualwohnraum)
Anmerkungen (soweit erforderlich):

4. ZUSAMMENARBEIT / ABSPRACHE MIT ANDEREN FACHDIENSTEN UND INSTITUTIONEN

Wie sieht die Zusammenarbeit aus? Wer stellt den Kontakt her?

<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit:
<input type="checkbox"/> Job Center:
<input type="checkbox"/> Arzt/Gesundheitsamt:
<input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle:
<input type="checkbox"/> Schuldnerberatungsstelle:
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst:
<input type="checkbox"/> Bewährungshilfe:
<input type="checkbox"/> Sonstige:

¹ Bitte kreuzen Sie notwendige Hilfe-/Unterbringungsform an

5. Überprüfung / Fortschreibung zum:	
---	--

6. Erklärungen

6.1 Erklärung d. Leistungsberechtigten	
<input type="checkbox"/>	Bei der Erstellung des. Sozialberichts habe ich mitgewirkt
<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass jeder der Beteiligten den Gesamtplan/ Hilfeplan bzw. Sozialbericht erhält.
<input type="checkbox"/>	Ich bin mit der Vorlage dieses Vorschlags des Sozialberichts beim zuständigen Sozialhilfeträger einverstanden.
<input type="checkbox"/>	Die beantragte Hilfe entspricht meinem Wunsch
Datum, Unterschrift Leistungsberechtigte/er	

6.2 Gemeinsame Erklärung der Beteiligten:	
Die am Hilfeprozess beteiligten Partner/innen bekunden ihren Willen zur Einhaltung der Absprachen. Deshalb überprüfen sie, ob sie die getroffenen Absprachen auch in den vereinbarten Zeiträumen verwirklichen und erreichen können.	
Datum Unterschrift des Leistungsberechtigten	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Datum Unterschrift gesetzl. Betreuer/
Datum Unterschrift Leistungserbringer	Datum Unterschrift Sozialamt

Verteiler: Leistungsberechtigte/r, gesetzl. Betreuer/in, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger, Persönlicher Ansprechpartner des Job centers
