

**Individuelle Bedarfsermittlung****- Basisbogen -****Name** , **GP-Nr./Az****BEI\_NRW** für den Zeitraum von bis Erstbedarfsermittlung  Folgebedarfsermittlung  Veränderungsbedarfsermittlung

Erstellt von dem leistungssuchenden oder leistungsberechtigten Menschen mit Behinderung unter Beteiligung von (Personen) unter Verwendung der Hilfsmittel (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen ...)

Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name: Vorname: Titel: Geburtsdatum:

Geschlecht: queer Nationalität:

Beruf: Familienstand: GP-Nummer/Az.:

Anzahl und Alter der Kinder: Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax: E-Mail:

Das BEI\_NRW wurde gemeinsam erstellt mit/Rückfragen bitte an

Name: Vorname: Institution:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax: E-Mail:

Hier sollte nicht der Ersteller/die Erstellerin stehen, sondern, derjenige, der für den Kostenträger für Klärungen zuständig ist.

Rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person vorhanden  Ja  Nein

Name: Vorname:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax: E-Mail:

Bestellungsurkunde bitte beifügen und die Wirkungskreise/Einwilligungsvorbehalt angeben

Vollmacht beifügen



**Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung** – aktuelle Arztberichte bitte beifügenkörperliche Behinderung  geistige Behinderung  seelische Behinderung 

Diagnose(n) nach ICD-10:

<http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM.html>Klartext der Diagnosen: Siehe Anlage: Klartext mit Wirkungsbeschreibung der Diagnosen

Vorhandene Hilfsmittelversorgung:

**Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)** – aktuelle Anerkennungsbescheide bitte beifügenOEG OpferentschädigungBVG/HHG Kriegsopfer und Opfer von politischer Verfolgung im AuslandIFSG Infektionsschutz StrafRehaG/VerwRehaGG. über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen in der "DDR"  
G. über die Aufhebung rechtsstaatswidriger Vw.entscheidungen in der "DDR" und die daran anknüpfenden Folgeansprüchen.**Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

- beantragt, aber noch nicht entschieden
- nicht anerkannt
- nicht beantragt

Aktueller Pflegegrad lt. Bescheid der Pflegekasse

 ohne  1  2  3  4  5

Anschrift und Aktenzeichen der Pflegekasse

Alle aktuellen Bescheide der Pflegekasse einschließlich der Gutachten, auf denen die Bescheide begründet sind, bitte anfordern und beifügen

Anmerkungen und Hinweise

**Schwerbehinderung**

Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX :

Merkzeichen

Feststellungsbescheid des Amtes für Soziale Angelegenheiten (vormals Versorgungsamt) bitte beifügen

**Individuelle Bedarfsermittlung**

**- Basisbogen -**

Name , GP-Nr./Az.

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann.

Ich beantrage folgende sozialhilferechtlichen Leistungen teilweise als Persönliches Budget:

(Wenn ja, dann sind Angaben zu den beantragten Leistungen unbedingt notwendig)

Ich beantrage folgende sozialhilferechtlichen Leistungen vollständig als Persönliches Budget:

Einmalige Leistungen sind nicht budgetfähig. Gemäß § 29 Abs. 1 SGB IX bezieht sich ein Persönliches Budget auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe

Anmerkung:

Eine Erklärung in leichter Sprache zu dem Persönlichen Budget als Persönliches Geld befindet sich im Anhang zu diesem Bogensatz

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Bedarfsermittlung des Landschaftsverbandes erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes verwendet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass mit meiner Zustimmung der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtkonferenz gemäß § 143 SGB XII durchführen kann.

Ich habe davon Kenntnis, dass der Landschaftsverband seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß §§ 14 und 15 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die oben geforderten Unterlagen zu der weiteren Bearbeitung des Antrages auf Leistungen (Rechtsverweis im Anhang eingefügt) ergänzend vorzulegen sind.

**Wichtiger Hinweis:**

Ist das Einholen eines medizinischen Gutachtens erforderlich, kann der Landschaftsverband eine Begutachtung beauftragen. Dazu ist eine Schweigepflichtentbindung abzugeben. Bitte das Formular im Anhang ausfüllen und unterschrieben an den Landschaftsverband einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person

Unterschrift rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person

**Individuelle Bedarfsermittlung**

**- Basisbogen -**

GP-Nr./Az.

**Leistungen der Eingliederungshilfe und andere Leistungen**

	beantragt/ verordnet	bewilligt	abgelehnt	nicht beantragt oder nicht verordnet	Leistungsträger
	Zutreffendes bitte ankreuzen				
<b>Leistungen zur Pflege nach SGB XI</b>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegesachleistung – § 36 SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegegeld – § 37 SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wohngruppenzuschlag – § 38 a SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entlastungsbetrag – § 45 b SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wenn ein Anspruch/eine Bewilligung besteht, bitte die bereits bestehenden Leistungen gemäß SGB XI benennen, die jetzt schon den Bedarf im Bereich der Pflege decken. Bescheide bitte beifügen.					
<b>Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß SGB V</b>					
Häusliche Krankenpflege und Haushalt- hilfe - § 37 SGB V z. B. APP, § 38 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrkosten – § 60 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziotherapie § 37 a SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie § 32 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychotherapie § 27 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX</b>					
<b>Leistungen nach § 57 SGB IX</b>					
Werkstatt für behinderte Menschen nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anderer Leistungsanbieter nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Leistungen nach § 58 SGB IX</b>					
Werkstatt für behinderte Menschen nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anderer Leistungsanbieter nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Budget für Arbeit § 61 SGB IX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Andere Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 76 SGB IX, § 54 SGB XII i.V. m. dem Ausführungsgesetz SGB XII)</b>					
Hilfen im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder zu dem Besuch weiterführender Schulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfen zu einer hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zum Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenzleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zu der Betreuung in einer Pflegefamilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. Zuverdienst, LT 24) nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Weitere Leistungen</b>					
Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht, nämlich OEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftliche Hilfe §70 SGB XII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Leistungen, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bescheide der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bitte beifügen**

## Aufbau: Gesprächsleitfaden zur Bedarfserhebung BEI\_NRW

Klient	Fachliche Ergänzung	ICF
Wie und wo ich wohnen will		<b>Leitziele:</b>
Wie und wo ich jetzt lebe	Wie und wo ich jetzt lebe	
Was mir wichtig ist, um mich und meine Situation zu verstehen	Was wichtig ist, um die persönliche Situation zu verstehen	<b><u>Personenbezogene Faktoren</u></b>
Was mir gelingt und was mir gelingen könnte	Was gelingt und was gelingen könnte	<b><u>Lebensbereiche:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Keine erhebliche Teilhabeeinschränkung</b></li> <li>• <b>Ressourcen orientiert</b></li> <li>• <b>Keine Assistenz erforderlich</b></li> </ul>
Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will	Wer oder was schon jetzt hilft, so zu leben , wie der Mensch mit Behinderung will	<b><u>Kontextfaktoren:</u></b> <b>Förderlich</b>
Was mir nicht so gut gelingt und was ich verändern möchte	Was nicht so gut gelingt und was verändert werden könnte	<b><u>Lebensbereiche:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erhebliche Teilhabeeinschränkung</b></li> <li>• <b>Problem orientiert</b></li> <li>• <b>Assistenz erforderlich</b></li> </ul>
Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will	Wer oder was daran hindert, so zu leben , wie der Mensch mit Behinderung will	<b><u>Kontextfaktoren:</u></b> <b>Barrieren</b>

**Individuelle Bedarfsermittlung**

- Gesprächsleitfaden und Dokumentation -

GP-Nr./Az.

**Leitziele – wie ich mein Leben führen möchte**

Hier geht es um Ihre angestrebte Lebensform. Sie äußern dabei Ihre eigenen Wünsche und Ziele. Diese werden als leitende Ziele ohne Kommentierung oder Bewertung durch andere Personen aufgenommen.

Bitte angeben, ob eigene Äußerungen oder stellvertretende Äußerungen aufgeschrieben werden.

Eigene Äußerungen Stellvertretende Äußerungen 

Auch für die Erarbeitung der Ziele, wie für die übrige Teilhabeplanung ist die Unterstützung des Assistenten notwendig. Die Leitziele des/der Kunden/in werden mit ihm/ihr gemeinsam reflektiert, erarbeitet und mit dem/der Kundin/en auf, für den/die Kunden/in nachvollziehbare Ziele, verstehbar reduziert. Sie werden in seiner/ihrer Art sich zu äußern und seine/ihre Vorstellungen darzustellen formuliert. Sie werden nicht durch Assistenten kommentiert.

**Was ich den Tag über tun oder arbeiten will**

**Wie ich Beziehungen mit anderen Menschen gestalten will**

**Was ich in meiner Freizeit machen will**

**Was mir sonst noch sehr wichtig ist**



**Individuelle Bedarfsermittlung****- Gesprächsleitfaden und Dokumentation -**

GP-Nr./Az.

**Erfassung der aktuellen Lebenssituation**

Die Beschreibung der gesamten individuellen Lebenssituation beginnt in einer eher allgemeinen Form. In dem folgenden Gesprächsleitfaden werden Aspekte zu den verschiedenen Lebensbereichen, zu Einflüssen und Wirkungen der Umwelt und der eigenen Person aufgeschrieben.

**Lebensbereiche**

- **Lernen und Wissensanwendung**
- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**
- **Kommunikation**
- **Mobilität**
- **Selbstversorgung**
- **häusliches Leben**
- **interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**
- **bedeutende Lebensbereiche**
- **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

Es geht darum, eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung von Teilhabe zu erfassen. Durchgehend werden zwei Sichtweisen berücksichtigt: die Sichtweise des antragstellenden Menschen mit Behinderung und die Sichtweise einer weiteren Person. Diese Person kann weitere Hintergründe ergänzen.

**Wichtig:** Diese beiden Perspektiven können unterschiedlich sein und stehen gleichberechtigt nebeneinander. Es ist möglich, dass die beiden formulierten Sichtweisen das Einbezogen sein in einen Lebensbereich unterschiedlich beschreiben oder einschätzen.

**Wie und wo ich jetzt lebe**

Beschreibung Ihrer aktuellen Lebenssituation, z. B. zum Wohnen, zur Planung des Tages, zur Arbeit, zum Lernen, zu Beziehungen zu anderen Menschen, zur Gestaltung der Freizeit und was Ihnen sonst noch wichtig ist. Alle Lebensbereiche können angesprochen werden.

**Ergänzende Sicht**

An dieser Stelle geht es um die Darstellung der für das Fallverständnis wichtigen Aspekte in einer übergeordneten und auf das Wesentliche fokussierten Form.



### Was wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen

Hier können Sie z. B. Ihre bisherigen Erfahrungen, Ihre Charaktereigenschaften und Ihre Lebensweise beschreiben. Sie können an dieser Stelle kurz Ihren Lebenslauf, für Sie bedeutsame Lebensereignisse und Ihre medizinische Vorgeschichte darstellen.

### Was mir gelingt und was mir gelingen könnte

Hier beschreiben Sie, was Ihnen in Ihrer aktuellen Lebenssituation gelingt, was Ihnen in der Vergangenheit gelungen ist und was Ihnen unter anderen Lebensbedingungen gelingen könnte.

### Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will

Hier benennen Sie die Unterstützung, die Sie z. B. durch Hilfsmittel oder durch andere Menschen erhalten und beschreiben die Gegebenheiten in Ihrem Lebensumfeld, die hilfreich sind.

**Was mir nicht so gut gelingt und was ich verändern möchte**

Hier benennen Sie Ihre krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen in den Bereichen, die Sie nicht oder nicht so gut ohne Unterstützung durch Hilfsmittel oder andere Menschen machen können.

**Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will**

Hier benennen Sie die Ihnen fehlende Förderung und fehlende Unterstützung durch Hilfsmittel oder andere Menschen. Hier beschreiben Sie auch bestehende Hindernisse. Es geht hier nicht um die Beschreibung Ihrer Behinderung.

Version bei\_nrw 2017 12

## Ergänzende Sicht

Je nach vom dem Menschen mit Behinderungen bisher angesprochenen Lebensbereich wird die ergänzende Sicht formuliert. Dabei können von dem Menschen mit Behinderungen ein Lebensbereich oder mehrere benannt sein.

### Lebensbereiche

- **Lernen und Wissensanwendung**
- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**
- **Kommunikation**
- **Mobilität**
- **Selbstversorgung**
- **häusliches Leben**
- **interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**
- **bedeutende Lebensbereiche**
- **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

Pro Lebensbereich werden alle folgend aufgeführten Aspekte kommentiert. Die benannten Lebensbereiche werden auf den Bogen „Ziel- und Leistungsplanung“ automatisch übertragen

#### **Was wichtig ist, um die persönliche Situation zu verstehen**

*(Infotext plopt technisch auf)*

Diese Sicht kann sich von der Sichtweise des Menschen mit Behinderungen unterscheiden. Personbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands des Menschen mit Behinderungen sind.

- herausragende, für das Fallverständnis bedeutsame biografische Ereignisse
- Charaktereigenschaften und Eigenheiten der Person
- Verhaltensweisen, die sich aus dem Alter oder der Geschlechtsidentität oder der ethnischen Zugehörigkeit ergeben
- besondere Lebensweisen oder Vorlieben, Erziehung, Bildung/Ausbildung/Beruf

**Was gelingt und was gelingen könnte***(Infotext ploppt technisch auf)*

Gefragt wird danach, was dem Menschen mit Behinderung tatsächlich in der aktuellen Lebenssituation gelingt (Leistung) und danach, was ihm gelingen könnte (Leistungsfähigkeit).

**Wer oder was schon jetzt hilft, so zu leben, wie der Mensch mit Behinderung will***(Infotext ploppt technisch auf)*

Benennung von vorhandenen Förderfaktoren, z.B. Unterstützung durch Hilfsmittel, Gegebenheiten oder Personen. Umweltfaktoren müssen aus Sicht des Menschen mit Behinderungen beschrieben werden. Was für eine Person ein Förderfaktor ist, kann für eine andere Person eine Barriere darstellen. Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der ein Mensch lebt und sein Dasein entfaltet.

- Produkte und Technologien
- Natürliche und vom Mensch veränderte Umwelt
- Unterstützung und Beziehungen
- Einstellungen
- Dienste und Systeme

0

**Was nicht so gut gelingt und was verändert werden könnte***(Infotext ploppt technisch auf)*

Diese Sicht kann sich von der Sichtweise des Menschen mit Behinderungen unterscheiden. Es geht um die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. Teilhabe in den Lebensbereichen. Eine Umwelt mit Barrieren oder ohne Förderfaktoren wird die Leistung eines Menschen einschränken.

**Wer oder was daran hindert, so zu leben, wie der Mensch mit Behinderung will***(Infotext ploppt technisch auf)*

Diese Sicht kann sich von der Sichtweise des Menschen mit Behinderungen unterscheiden. Fehlende Förderfaktoren und Barrieren, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands sind müssen aus Sicht des Menschen mit Behinderungen beschrieben werden, die der angestrebten Lebenssituation im Wege stehen.

- Produkte und Technologien
- Natürliche und vom Mensch veränderte Umwelt
- Unterstützung und Beziehungen
- Einstellungen
- Dienste und Systeme

**Individuelle Bedarfsermittlung**

GP-Nr./Az.

**Zielüberprüfung und Wirkungskontrolle**

**Leitziele** (aus dem Gesprächsleitfaden des vorhergehenden BEI\_NRW)

Leitziel 1

Leitziel 2

Leitziel 3

...

**Was sollte zuletzt konkret erreicht werden?**  
Bitte alle Ziele aus der letzten Bedarfsermittlung (maximal 9 Ziele) aufführen.

Wie kam es zu diesem Ergebnis? Wie haben die ergriffenen, bei der letzten Bedarfsermittlung dargestellten Maßnahmen dazu beigetragen, das Ziel zu erreichen? Was war förderlich? Was war hinderlich?	Das Ziel ....			ist in Bearbeitung
	wurde erreicht	wurde teilweise erreicht	wurde nicht erreicht	
	Zutreffendes bitte ankreuzen			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Individuelle Bedarfsermittlung**

**- Ziel- und Leistungsplanung -**

GP-Nr. / Az.

**Leitziele** (kurze und prägnante Formulierung der Leitziele aus dem **aktuellen** BEI\_NRW)

Leitziel 1

Leitziel 2

Leitziel 3

...

<b>Lebensbereiche</b> Der Lebensbereich wird per Verknüpfung aus dem Gesprächsleitfaden in die Spalte übertragen	<b>Beurteilung der Aktivitäten und Teilhabe</b>  Je Leitfrage ist ein Beurteilungsmerkmal anzugeben, z. B. Problem erheblich ausgeprägt Problem mäßig ausgeprägt	<b>Was soll zukünftig konkret erreicht werden?</b> Zu einem Lebensbereich können ein oder mehrere Ziele benannt werden. Maximal können neun Ziele (s.m.a.r.t.) formuliert werden.	<b>Bis wann?</b> Datum/beantragter Zeitraum	<b>Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?</b> Tätigkeiten, um den angestrebten Zustand zu erreichen – nicht notwendigerweise Maßnahmen der EGH. Zu einem Ziel können mehrere Maßnahmen benannt werden.	<b>Wer soll das tun?</b> Nicht notwendigerweise Leistungsanbieter der EGH, unter Berücksichtigung der Aktivitäten des Menschen mit Behinderung	<b>Wo soll das gemacht werden?</b>
1 Leitfragen je relevante Items planen technisch auf	Erhaltungsziel  Veränderungsziel	1 ... 2 ... 3 ...				
2						
3						
...						
8						
9						

**Individuelle Bedarfsermittlung**

**- Ziel und Leistungsplanung -**

GP-Nr./Az.

Nr. des Lebensbereichs	zeitliche Lage (bitte ankreuzen)		Form der Leistung – vgl. Ausführungen im Anhang (bitte ankreuzen)			Zeitlicher Umfang (Stunden und Minuten) bzw. Einheiten in der Woche entsprechend der Ziel- und Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung der gesamten Beurteilung von Aktivitäten und Teilhabe aus den Lebensbereichen (Format)	Zuständiger Leistungsträger	Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers
	am Tage	nachts	Sachleistung	Geldleistung	Dienstleistung			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Kostenträger	durchführender Träger
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

**Im letzten Zeitraum bewilligte Einheiten.**  
**Für den künftigen Zeitraum beantragte Einheiten**  
 (nicht nur Leistungen EGH, sondern alle Leistungen, z. B. Pflegeleistungen)