

Stand: 01.01.2020

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Tel.:

Ansprechpartner/in:

Fax:

E-Mail:

**Berichtsbogen Förderstätte / TENE / andere tagesstrukturierende  
Maßnahmen**

**für den Personenkreis der Menschen mit wesentlicher geistiger  
und / oder körperlicher und / oder seelischer Behinderung  
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß §§ 117 ff. SGB IX für**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ergänzung zum HEB  A  B  C  kein HEB Bogen

Die im Berichtsbogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Träger der Eingliederungshilfe) bestimmt und dienen der eingliederungshilferechtlichen und fachlichen Abklärung der §§ 99 und 104 SGB IX i. V. m. §§ 117 ff. SGB IX.

§ 67a Abs.3 SGB X (Zehntes Sozialgesetzbuch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsbeziehers nach den §§ 60 SGB I (Erstes Sozialgesetzbuch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhaltes hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Träger der Eingliederungshilfe bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Der Berichtsbogen kann als eigenständiges Manual oder als Ergänzung zum HEB-Bogen verwendet werden.

Die Leistungserbringer werden um Weiterleitung des Berichtsbogens Förderstätte / TENE / andere tagesstrukturierende Maßnahmen an den Leistungsträger gebeten.

**Aktuelle Maßnahme:**

Förderstätte von bis  
 WfbM von bis  
 TENE von bis  
 andere tagesstrukturierende  
Maßnahmen von bis

Vollzeit / Ganztags  Teilzeit / Halbtags  Stunden \_\_\_\_\_

**Folge-Maßnahme:**

Förderstätte von bis  
 WfbM von bis  
 TENE von bis  
 andere tagesstrukturierende  
Maßnahmen von bis

Vollzeit / Ganztags  Teilzeit / Halbtags  Stunden \_\_\_\_\_

Vorname, Name

geb.:

Erstellt am:

**Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten**

3 Monate    6 Monate    12 Monate    24 Monate    60 Monate    \_\_\_\_ Monate

**Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Zeitraumes anhand der Ziele unter  
Berücksichtigung der Ressourcen**

Vorname, Name

geb.:

Erstellt am:

**Fortschreibung der Ziele**

**Beschreibung der geplanten Maßnahmen für**

6 Monate     12 Monate     24 Monate     60 Monate     \_\_\_\_ Monate

Vorname, Name

geb.:

Erstellt am:

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Bewilligungszeitraumes lag:

1.	<input type="checkbox"/>	Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung
2.	<input type="checkbox"/>	Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen
3.	<input type="checkbox"/>	Selbstversorgung / Wohnen
4.	<input type="checkbox"/>	Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung
5.	<input type="checkbox"/>	Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

**Zusätzliche Bemerkungen des Leistungserbringers:**

**Regelung Anfahrt**

kommt selbstständig     öffentlicher Personenverkehr     Fahrdienst     Sonstiges

Bei Nutzung des Fahrdienstes bitte Begründung:

**Mehrbedarf**

Es besteht ein individueller Mehrbedarf.

Vorname, Name

geb.:

Erstellt am:

**Sichtweise des Leistungsberechtigten zu den durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen / Zielen:**

Die Sozialverwaltung des Trägers der Eingliederungshilfe (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i.S.d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X.

Der/die Leistungsberechtigte bzw. sein/ihr gesetzliche/r Betreuer/in erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine/ihre Einwilligung in die Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an den Träger der Eingliederungshilfe. Dies gilt auch für Angaben über die Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuers/in

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Leistungserbringers / Name in Druckbuchstaben / Funktion