Anschrift des Leistungserbringers:

Anschrift des Leistungsträgers:

Ort der Leistungserbringung (falls abweichend):

Tel.:
Ansprechpartner/in:

Fax:
E-Mail:

Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB-Bogen)

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

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Die im HEB-Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Träger der Eingliederungshilfe) bestimmt und dienen der eingliederungshilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 99 und 104 SGB IX i. V. m. §§ 117 ff. SGB IX.
Der HEB-Bogen liegt in drei Varianten vor. Bitte verwenden Sie anlassbezogen die jeweils zutreffende Variante des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Bogen A, für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes den Bogen B, sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Bogen C. Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigefügt werden.

§ 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts 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.

A) ☐ **Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung**	**B)** ☒ **Entwicklungsbericht** **C)** ☐ **Abschlussbericht**
Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von drei Monaten wie folgt mitzuteilen: 1. Die Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage 2. Die Ziele 3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen. Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.	Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen: 1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen 2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Zeitraumes 3. Die Fortschreibung der Ziele 4. Die weiteren Maßnahmen Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.

Die Leistungserbringer werden um Weiterleitung des HEB-Bogens an den Leistungsträger gebeten

Vorname, Name: **geb.** **Erstellt am:**

B) Teilbogen Entwicklungsbericht für den Zeitraum vom bis

1. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ ____Monate

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

c) Fortschreibung der Ziele

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ ____Monate

Vorname, Name: **geb.** **Erstellt am:**

2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

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

c) Fortschreibung der Ziele

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

Vorname, Name: **geb.** **Erstellt am:**

3. Selbstversorgung und Wohnen

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

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

c) Fortschreibung der Ziele

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

Vorname, Name: **geb.** **Erstellt am:**

4. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung (für Werkstätten siehe auch Berichtsbogen WfbM)

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

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

c) Fortschreibung der Ziele

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

Vorname, Name: **geb.** **Erstellt am:**

5. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

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

c) Fortschreibung der Ziele

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

☐ 6 Monate ☐ 12 Monate ☐ 24 Monate ☐ _____Monate

Vorname, Name:	geb.	Erstellt am:

Sichtweise der/des Leistungsberechtigten bezüglich der durchgeführten bzw. geplanten Ziele und Maßnahmen

Vorname, Name:	**geb.**	**Erstellt am:**

Folgende Leistungen sollen weiter erbracht werden:

- Besondere Wohnform / Wohnheim ☐
- Besondere Wohnform / Außenwohngruppe ☐
- Ambulant betreute Wohngemeinschaft / ambulant betreutes Einzelwohnen ☐
- Teilstationäre Leistungen
  - WfbM ☐
  - Förderstätte ☐
  - TENE ☐
  - Andere ☐
- Sonstiges ☐

☐ Innerhalb eines Jahres ☐ von 1–2 Jahren ☐ von_____Jahren

Eine ambulante Leistung ist zurzeit aus folgenden Gründen nicht möglich:

Ergänzende Ausführungen, z. B. zu Krisen, Krankenhausaufenthalten während des Berichtszeitraumes, ggf. zur Betreuungsintensität

Die Sozialverwaltung des Trägers der Eingliederungshilfe (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i.S.d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. 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 Leistungserbringers / Name in Druckbuchstaben /Funktion

Datum, Unterschrift des/der Leistungsberechtigten

Datum, Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuers/in