

Vorname, Name:

geb.

Erstellt am:

C) Teilbogen Abschlussbericht / Beendigung der Maßnahme am**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) Welche weiteren Ziele sollten verfolgt werden:

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) Welche weiteren Ziele sollten verfolgt werden:

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) Welche weiteren Ziele sollten verfolgt werden:

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) Welche weiteren Ziele sollten verfolgt werden:

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) Welche weiteren Ziele sollten verfolgt werden:

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

Grund für das Ende dieser Maßnahme:

- Beendigung durch den Leistungsträger
- Kündigung durch den Leistungsberechtigten
- Kündigung durch den Leistungserbringer
- Sonstiges

Erläuterung zur Beendigung der Maßnahme:

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

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

Eine ambulante Leistung ist zur Zeit aus folgenden Gründen nicht möglich:

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

Sichtweise der/des Leistungsberechtigten bezüglich der Beendigung der Maßnahme und der zukünftigen Hilfestaltung

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