

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

An den Leistungsträger

Anschrift des Antragstellers / der leistungsberechtigten Person:

Name:
Vorname:
Anschrift:

Geburts-
Datum:

Sozialbericht

**für den Personenkreis der wesentlich
geistig und körperlich behinderten
Menschen**

zur Erstellung eines Gesamtplans

gemäß §§ 117 ff. SGB IX

(zur Vorlage beim Leistungsträger - möglichst
maschinell bearbeiten)

Anschrift des diesen Sozialbericht bearbeitenden Erstellers:

Tel.:
Fax:
E-Mail:

Name des
Erstellers

Erläuterungen:

Die in diesem Sozialbericht erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger 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. Dieser Sozialbericht mit Maßeempfehlung bildet eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung.

Der Sozialbericht ist in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigtem und ggf. dem/der gesetzlichen Betreuer/in zu fertigen. Die Beteiligung des Leistungsberechtigtem wird mit dessen/deren Unterschrift – ggf. zusätzlich mit der Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuers/in – auf der letzten Seite dieses Sozialberichtes bestätigt.

§ 67a Abs.3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. des Leistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Leistungsträger

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 Leistungen nicht nachgewiesen sind.

Im Sinne einer Vernetzung und einer gemeindenahen Versorgung sind die vorbehandelnden bzw. betreuenden Leistungsträger möglichst zu beteiligen. Dabei ist der Grundsatz "ambulant vor stationär" zu berücksichtigen.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und die für die jeweilige Hilfeplanung notwendigen Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen. Sofern Informationen zur Bearbeitung einzelner Abschnitte des Sozialberichtes nicht vorliegen bzw. nicht zu erhalten sind, wird gebeten, dies mit "nicht bekannt" zu kennzeichnen.

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

SOZIALDATEN

Straße, HsNr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit: Deutsch andere:**Krankenkasse:****Rentenversicherungsträger:****Arbeitsamt:****Nächste(r) Angehörige(r) (bzw. nächste Bezugsperson):**

Name:

Vorname:

Straße, HsNr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Ergänzungen:

Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt? Nein Ja, und zwar gesetzliche Betreuung Bevollmächtigung beantragt am

Name:

Vorname:

Straße, HsNr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Wirkungs-/Aufgabenkreis des/der Betreuers/in bzw. der bevollmächtigten Person Aufenthaltsbestimmung Heilbehandlung Vermögenssorge Vertretung gegenüber Behörden Einwilligungsvorbehalt Sonstige

A. ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN SOZIALEN SITUATION
--

A. 1 Familienstand:

- Ledig
 verheiratet, seit
 verwitwet, seit
 geschieden, seit
 getrennt lebend, seit
 Partnerschaft, seit

A. 2 Kinder:

Anzahl
 Alter

A. 3 Lebensform

- Alleinlebend
 Zusammen mit
 Partner
 Eltern
 Kindern, Verwandte
 Mit zu versorgenden Kindern

A. 4 Derzeitige Wohnsituation:

- Selbständiges Wohnen ohne Hilfe
 Selbständiges Wohnen mit zusätzlicher Hilfe
 Stationäres Wohnen in Wohnheim / Außenwohngruppe
 Trainingswohnen
 Wohnungslos
 Sonstiges

A. 5 Für den Leistungsberechtigten bedeutsame soziale Kontakte, die Unterstützung bedeuten und zukünftig erhalten werden sollen:

- zu Angehörigen welche: .
 zu Freunden
 zu Kollegen
 zu Nachbarn, Mitbewohnern
 durch Vereins- oder Clubtätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen, Besuch von (Alten-) Begegnungsstätten)
 besondere sprachliche/kulturelle Bezugsgruppe
 .Sonstige:

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

A. 6 Kurze Sozialanamnese und Erläuterung der aktuellen Lebenssituation

B. ANGABEN ZU AUSBILDUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT

B.1 Schulischer Werdegang

von - bis	Name der Schule	Schulart

B.2 Beruflicher Werdegang

von - bis	Art der Tätigkeit	Ggf. Leistungsträger

B.3 Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit:

Von: _____ bis: _____

nie erwerbstätig

Vollzeit Teilzeit Std./Woche
 befristet unbefristet

Sozialversicherungspflichtig: ja nein

berufstätig gelegentlich
 arbeitslos
 mithelfender Familienangehöriger
 Hausfrau/-mann, nicht erwerbstätig
 Wehr-/Zivildienst, FSJ

beschäftigt in:
 WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen)
 Förderstätte
 Integrationsprojekte
 Belastungserprobung / Berufsbildungsbereich
 Sonstige:

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

C. ÜBERSICHT DER BISHER VORAUSGEANGENEN MASSNAHMEN

C.1 stationäre Klinikaufenthalte (im Zusammenhang mit der Behinderung)
 nein ja

von - bis	Name der Einrichtung	Art der Einrichtung

C.2 bisher in Anspruch genommene Maßnahmen der Eingliederungshilfe
 keine folgende

von - bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

C.3 bisher in Anspruch genommene Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe gem. SGB VIII
 keine folgende

von - bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

C.4 bisher in Anspruch genommene Maßnahmen sonstiger (Rehamaßnahmen) Rehabilitationsträger (im Sinne von SGB IX und SGB XII)
 keine folgende

von - bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

C.5 Ergänzende Angaben zu den vorausgegangenen Maßnahmen:

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

D. AKTUELLER HILFEBEDARF - RESSOURCEN - ZIELE

1. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen

Ziele

Mit welchen konkreten Maßnahmen sollen die Ziele erreicht werden?

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen

Ziele

Mit welchen konkreten Maßnahmen sollen die Ziele erreicht werden?

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

3. Selbstversorgung und Wohnen

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen

Ziele

Mit welchen konkreten Maßnahmen sollen die Ziele erreicht werden?

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

4. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen

Ziele

Mit welchen konkreten Maßnahmen sollen die Ziele erreicht werden?

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

5. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen

Ziele

Mit welchen konkreten Maßnahmen sollen die Ziele erreicht werden?

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

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

Empty rectangular box for additional information.

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

E. MASSNAHMEVORSCHLAG AMBULANT – TEILSTATIONÄR

E.1 Für die ambulante/ teilstationäre Betreuung wird / werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

Betreuungsschlüssel:

Oder Stundenzahl:

E.2 Die Hilfestellung erfolgt im Zusammenwirken folgender Personen, Dienste und Leistungserbringern:

E.3 Folgende Unterstützungsmaßnahmen werden in Anspruch genommen (z.B. soziale Ressourcen, Hilfsmittel, Förderfaktoren nach ICF, etc.):

E.4 Ausführung zu evtl. fehlenden Betreuungsangeboten bzw. fehlenden Versorgungsstrukturen und einer dadurch erschwerten Hilfevermittlung/ Barrieren:

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

F . MASSNAHMEVORSCHLAG STATIONÄR

F.1 Begründung des Ausschlusses ambulanter / teilstationärer Hilfen sowie Begründung der Notwendigkeit einer stationären Leistung:

F.1a: Für die stationäre Betreuung wird / werden folgende Maßnahme/ n vorgeschlagen:

F.2: Die stationäre Betreuung erfolgt geschlossen:

Ja

Nein

Wenn ja, Erläuterung

Soweit vorhanden Beschluss beifügen

F.3: Folgende Leistungserbringer wären geeignet (falls eine Vermittlung in eine Einrichtung außerhalb des wohnortnahen Versorgungssystems erfolgen soll, Begründung):

Vorstellung erfolgte am:

F.4: Bei folgenden weiteren Leistungserbringern wurde die / der Leistungsberechtigte ebenfalls angemeldet:

F.5: Folgende (r) Leistungserbringer hat / haben eine Aufnahme in Aussicht gestellt (bitte Ausführungen zum voraussichtlichen Leistungsbeginn, zum geplanten bzw. durchgeführten Probewohnen, etc.):

F. 6: Besondere Erschwernisse bei der Vermittlung in das Leistungsangebot

F.7 Angaben für weitere Sozialplanung des Kostenträgers:

Ausführung zu evtl. fehlenden Betreuungsangeboten bzw. fehlenden Versorgungsstrukturen und einer dadurch erschwerten Hilfevermittlung/ Barrieren:

Sozialbericht für:

geb. am:

Erstellt am:

G. DAUER – G. MASSNAHMEWÜNSCHE – H. BETEILIGTE STELLEN – I. BEMERKUNGEN

G. Einschätzung über die notwendige Dauer der im Punkt E. oder F. vorgeschlagenen Maßnahmen:

- Krisenintervention (bis zu 6 Monaten)
- kurzfristig (bis zu 12 Monaten)
- mittelfristig (12 bis 24 Monate)
- langfristig (24 Monate und mehr)

Prognose des weiteren Verlaufs:

H. Wünsche, Erwartungen und Vorbehalte des Leistungsberechtigten bzw. des gesetzlichen Betreuers in Bezug auf die vorgeschlagenen Maßnahmen und künftige Lebenssituation des Leistungsberechtigten:

I. Beteiligung an der Erstellung des Sozialberichts

Name / Ansprechpartner	Institution / Adresse	Telefon / Fax / e-mail

J. Sonstige Bemerkungen: (z.B. Sozialbericht wurde im Rahmen einer Personenkonferenz erstellt)

Datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S.3 SGB X ist die Sozialverwaltung des Trägers der Eingliederungshilfe (Leistungsträgers). Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt dieses Berichts. Der Leistungsberechtigte erklärt für die Zweckbestimmung dieses Sozialberichts seine Einwilligung in die Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an den Träger der Eingliederungshilfe. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit und Religionszugehörigkeit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

Ort / Datum / Unterschrift des Ausfüllenden / Name in Druckbuchstaben / Funktion

Unterschrift des Leistungsberechtigten

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers