

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 Maßnahmeempfehlung 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:

<b>SOZIALDATEN</b>
--------------------

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

<b>A. ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN SOZIALEN SITUATION</b>
--

**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

Sozialversicherungspflichtig:

 ja nein Vollzeit  
 befristet Teilzeit  
 unbefristet

Std./Woche

 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