

Version 01.01.2020

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Tel.:  
Ansprechpartner/in:

Bildungsbegleiter EV/BBB:

Fax:  
E-Mail: \_\_\_\_\_**Berichtsbogen WfbM****für den Personenkreis der Menschen mit wesentlicher geistiger  
und / oder körperlicher und / oder seelischer Behinderung  
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß §§ 117 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 WfbM an den Leistungsträger gebeten.

**Aktuelle Maßnahme:** Eingangsverfahren von bis  
 BBB 1. Jahr von bis  
 BBB 2. Jahr von bis  
 Arbeitsbereich von bis Vollzeit  Teilzeit  Außenarbeitsplatz

Stunden:

**Folge- Maßnahme:** BBB 1. Jahr von bis  
 BBB 2. Jahr von bis  
 Arbeitsbereich von bis Vollzeit  Teilzeit  Außenarbeitsplatz

Stunden:

Der Eingliederungsplan bzw. der Entwicklungsbericht soll zum Bereich Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM Angaben zu folgenden Merkmalen liefern:

<p><b>Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 12    <input type="checkbox"/> 24  <input type="checkbox"/> 60    <input type="checkbox"/> _____ Monate</p>	
<p><b>Reflexion der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen</b></p>	
<p><b>Eignung und Neigung des Mitarbeiters</b></p> <p><b>Kompetenzanalyse</b></p>	
<p><b>Praktika gem. Zielvereinbarung BA und Werkstätten/Verordnung</b></p>	
<p><b>Fortschreibung der Förderziele</b></p>	
<p><b>Beschreibung der geplanten Maßnahmen</b></p> <p><input type="checkbox"/> 12    <input type="checkbox"/> 24  <input type="checkbox"/> 60    <input type="checkbox"/> _____ Monate</p>	

<p><b><u>Mehrbedarf</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Es besteht ein individueller Mehrbedarf.</p>
--

**Regelung Anfahrt**

kommt selbständig     öffentlicher Personennahverkehr     Fahrdienst     Sonstiges  
Bei Nutzung des Fahrdienstes bitte Begründung (ggf. Beschreibung der Fördermaßnahme):

**Zusätzliche Bemerkungen des Leistungserbringers:****Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen / Ziele:**

**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