

Version 01.01.2018

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 §§ 141 SGB XII für**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

 Ergänzung zum HEB A B C kein HEB Bogen

Die im Berichtsbogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung der §§ 53 und 9 SGB XII i.V.m. §§ 141 ff. SGB XII.

§ 67a Abs.3 SGB X (Zehntes Sozialgesetzbuch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragsstellers bzw. Sozialleistungsbeziehers nach den §§ 60 SGB I (Erstes Sozialgesetzbuch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhaltes hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger 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>Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten</p> <p><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> _____ Monate</p>	
<p>Reflexion der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen</p>	
<p>Eignung und Neigung des Mitarbeiters</p> <p>Kompetenzanalyse</p>	
<p>Praktika gem. Zielvereinbarung BA und Werkstätten/Verordnung</p>	
<p>Fortschreibung der Förderziele</p>	
<p>Beschreibung der geplanten Maßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> _____ Monate</p>	

<p><u>Mehrbedarf</u></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 Sozialhilfeträgers (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 Sozialhilfeträger. 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