|  |
| --- |
| **Zielvereinbarung für die Sozialpsychiatrischen Dienste im Bezirk xx** |
|  |  |  |  |  |
| **Für den Zeitraum:**  |  **vom bis**  |
|  |  |  |  |  |
| **Adressdaten** |
| Name des Dienstes: |  |
| Straße: |  |
| Postleitzahl / Ort: |  |
| Postfach: |  |
| Telefon: |  |
| Telefax: |  |
| Homepage: |  |
| E-mail: |  |
| Träger (Name / Anschrift: |  |
| Zeitpunkt des Zielvereinbarungsgespräches: |  |
| Teilnehmer/innen am Zielvereinbarungsgespräch: |  |

|  |
| --- |
| **Aussagen des Dienstes zu Versorgungsregion, Bedarfslagen, Daten:** |
| Versorgungsregion:* Beschreibung der Angebote
* Bedarfe
 |   |
| Interpretation zu signifikanten Veränderungen in den Jahresstatistiken seit dem letzten Zielvereinbarungsgespräch |  |

|  |
| --- |
| **Organisatorische Grundaussagen des Dienstes:** |
| **Standort**  | **Aktuelle Situation / Themen** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öffnungszeiten** | **Aktuelle Situation / Themen** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personelle Kapazität des Dienstes** | **Anzahl Stellen** **(Zeitpunkt des Zielvereinbarungs-gespräches)** | **Funktion** | **Wochenstunden**  |
| **Berufsgruppe** | **SOLL** | **IST** |
| Psychologen |  |  |  |  |
| Sozialpädagogen |  |  |  |  |
| sonstiges Fachpersonal |  |  |  |  |
| ............................. |
| ............................. |  |  |  |  |
| ............................. |  |  |  |  |
| Genesungsbegleiter  |  |  |  |  |
| Verwaltungskräfte \* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamt (Summe):** |  |  |  |  |
| \* Stundenanteile der Verwaltungskräfte werden in der weiteren Stundenaufteilung nicht berücksichtigt!  |
| **Jahresarbeitsstunden – Fachpersonal (aus Ziff. 1.3 der Statistik des Vorjahres)** | **Aktuelle Situation** |  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
| **a) direkte klientenbezogene Leistungen**  |  |  |   |   |
| **b) indirekte Leistungen** |  |  |   |   |
| **Summe** |  |  |   |   |

|  |
| --- |
|  |
| **Sozialpsychiatrische Grundsätze zur Leistungserbringung****(RLB 2.a)** | **Aktuelle Situation / Themen ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |
| **Zielgruppe****(RLB 2.b)** | **Aktuelle Situation / Themen ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |
| **Zielsetzung****(RLB 2.c)** | **Aktuelle Situation / Themen ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |
| **Methoden der Beratung und Begleitung****(RLB 2.d)** | **Aktuelle Situation / Themen ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Leistungsmerkmale des Dienstes – SPDi - Fachkräfte:****Direkt klientenbezogene Leistungen** |
| **Leistungen im Bereich Clearing/Kurzberatung** **(RLB 3.1)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Leistungen zur Kontaktaufnahme/ Erstkontakt** **(RLB 3.2)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Leistungen im Bereich der Krisenversorgung** **(RLB 3.3)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Mitarbeit im Zusammenhang mit hoheitlichen Aufgaben****(RLB 3.4)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **Aktuelle Situation** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungen im Bereich der Beratung und Begleitung** **(RLB 3.5 a-l)**  | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Sozialpsychiatrische Gruppenarbeit** **(RLB 3.6)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Leistungen zur Aktivierung ergänzender Hilfen** **(RLB 3.7)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation** | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|   |   |  |  |

|  |
| --- |
| **Leistungsmerkmale des Dienstes – SPDi - Fachkräfte:****Indirekte Leistungen** |
| **Leistungen zur Bereitstellung und Vermittlung von Informationen/ Öffentlichkeitsarbeit** **(RLB 4.1)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Kooperationsleistungen****(RLB 4.2)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Leistungen im Rahmen des Qualitätsmanagement****(RLB 4.3)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Leistungen im Rahmen der Leitung und Verwaltung(RLB 4.4)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |
| **Mögliche ergänzende Leistungsbereiche anderer Leistungsträger / sonstige Absprachen****(RLB 5, ggf. 6)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ex- In (Genesungsbegleiter)** | **ggf. Reflexion der Ziele des Vorgesprächs** | **aktuelle Situation**  | **Ziele**  | **Vorgehen** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Zielvereinbarungsbestätigung:** |

**Auf der Grundlage der derzeit gültigen Rahmenleistungsbeschreibung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern**

**wird zwischen:**

**dem Kostenträger**

**und**

**dem Träger des Dienstes/Verband**

**eine weiterführende Förderung auf der Grundlage der derzeit gültigen Förderrichtlinie vereinbart.**

**Zielvereinbarungszeitraum** vom: bis:

**Bei erkennbaren wesentlichen Abweichungen oder Nichterreichen der hier dargestellten vereinbarten Ziele, ist der Träger/Verband/Dienst zur Benachrichtigung beim Kostenträger verpflichtet**

**Ort, Datum Ort, Datum**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sozialhilfeträger/ Fachabteilung Stempel und Unterschrift des Trägers/Verbands/Dienstes**