

Mein Teilhabeplan – ITP Mecklenburg-Vorpommern (Kurzversion)

für den Zeitraum vom bis

Sie möchten planen, welche Hilfen Sie im nächsten Jahr erhalten,
Sie haben Lust, für ihre Zukunft etwas zu entwickeln...

Sie fangen am besten mit diesem Plan an – vielleicht auch mit der Hilfe von anderen Menschen.

Für die Zukunft brauchen Sie einen Traum.

Aus dem Traum entstehen Ihre Ziele, aus den Zielen für das kommende Jahr entstehen die Hilfen,
die sie benötigen um ihre Ziele zu erreichen.

Mit der Beantwortung der vielen Fragen in „Mein Teilhabeplan“ machen Sie einen Vorschlag,
um darüber dann auch mit Mitarbeitern von Diensten und Einrichtungen zu verhandeln.

Daraus macht „Mein Teilhabeplan“ dann einen Antrag auf Hilfen von nur 6 Seiten.
Das funktioniert mit Durchschreibefeldern auf dem *ITP Mecklenburg Vorpommern*.

Das ist auch eine Hilfe, um persönliches Budget zu beantragen.

Wir haben versucht verständlich zu sein, aber „einfache Sprache“ gelingt uns nicht immer.
Deshalb wird dieser Bogen erprobt und verbessert.

Sie müssen nicht alles alleine machen...

Wer soll dabei sein? Sie entscheiden das!

Denken sie daran: Sie dürfen ausprobieren,
Sie dürfen Fehler machen, Sie dürfen sich umentscheiden.

Es ist ganz wichtig, alles was Sie herausbekommen, aufzuschreiben. Sie können sich dann in der
Zusammenfassung im *ITP Mecklenburg Vorpommern* ansehen, wie das auf 6 Seiten aussieht.

Damit bekommen Sie einen Überblick.

1. Sozialdaten

Ich heiße:
Name Vorname

Ich wohne in der Straße:

und in dem Ort:

Ich habe eine Telefonnummer:

Ich bin geboren am:

Ich bin geboren in:

Folgende Menschen sind mir wichtig, weil sie mich in meinem Leben unterstützen.
Ich will eine Angehörige (Mutter, Schwester, erwachsene Tochter, Freundin) oder
einen Angehörigen (Vater, Bruder, erwachsener Sohn, Freund) hier angeben,
weil mein Teilhabeplan mit ihr oder ihm abgesprochen wird.

Mein nächster Angehöriger ist: sie / er ist:
Name Verwandtschaftsstatus

Sie / wohnt in der Straße: und an dem Ort:
Straße Wohnort

Sie/ er hat Telefon:
Telefon

Mein Teilhabeplan – ITP Mecklenburg-Vorpommern

Ich plane für das nächste Jahr – Meine wichtigsten Ziele für mich:

Was soll sich beim Wohnen ändern?

Wie will ich dabei unterstützt werden?

Wie oft brauch ich diese Unterstützung?

Woran würde ich merken, dass ich mein Ziel erreicht habe?

Wer soll mich dabei unterstützen?

Aufwand der Unterstützung?

Was soll sich beim Arbeiten ändern?

Wie will ich dabei unterstützt werden?

Wie oft brauch ich diese Unterstützung?

Woran würde ich merken, dass ich mein Ziel erreicht habe?

Wer soll mich dabei unterstützen?

Aufwand der Unterstützung?

Was soll sich in der Freizeit ändern?

Wie will ich dabei unterstützt werden?

Wie oft brauch ich diese Unterstützung?

Woran würde ich merken, dass ich mein Ziel erreicht habe?

Wer soll mich dabei unterstützen?

Aufwand der Unterstützung?

Was soll sich allgemein ändern?

Wie will ich dabei unterstützt werden?

Wie oft brauch ich diese Unterstützung?

Woran würde ich merken, dass ich mein Ziel erreicht habe?

Wer soll mich dabei unterstützen?

Aufwand der Unterstützung?

Mein Teilhabeplan – ITP Mecklenburg-Vorpommern

18) Nach einem Jahr bekommen Sie die Seite 7a des ITP.

Hier schreiben Sie dann auf, was für Sie mit Ihren Zielen passiert ist.

Das können Sie am besten an Ihren Indikatoren / Anzeigern feststellen.

Auswahl: **Das Ziel wurde...**

...nicht erreicht	Es ist nur ganz wenig oder gar nichts passiert.
...teilweise erreicht	Ich bin meinem Ziel näher gekommen.
...erreicht	Ich habe mein Ziel geschafft.
...besser als erwartet erreicht	Ich habe mehr erreicht, als ich gedacht habe.

Was soll im nächsten Plan passieren?

Auswahl: **Das Ziel soll...**

...beibehalten werden	Ich will das Ziel weiter verfolgen.
...neu bestimmt werden	Ich will ein anderes Ziel für mich finden.
...weiter entwickelt werden	Ich will mein Ziel beibehalten, ich will es aber genauer bestimmen.

Was soll mit den beschreibenden Anzeigern / Indikatoren passieren?

Auswahl: **Der Indikator soll...**

...beibehalten werden	Ich verfolge das Ziel weiter und bleibe auch bei meinem Anzeiger / Indikator oder der Anzeiger war prima, er soll bleiben, auch wenn das Ziel sich ändert.
...neu bestimmt werden	Ich verabrede neue Ziele und neue Anzeiger oder nur der Anzeiger hat nicht gepasst. Ich finde einen besseren.
...weiter entwickelt werden	Mein Ziel wird genauer und ich finde auch einen besseren Anzeiger.

für den Zeitraum vom bis

1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

E-Mail

Telefon

geboren am Geburtsort

Schulbildung

Beruf Staatsangehörigkeit

AZ

Familienstand / Kinder / Situation:

Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson):

Name Verwandtschaftsstatus

Straße Telefon

Postleitzahl Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

- nein ja, und zwar:
 gesetzl. Betreuer
 Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name Vorname

Straße Telefon

Postleitzahl Wohnort

E-Mail

Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z.B. Wohnsituation mit Angehörigen):

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?

- ja nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

- Behinderung aufgrund:**
- körperlicher Beeinträchtigung
 - seelischer Beeinträchtigung
 - geistige Beeinträchtigung
 - Beeinträchtigung der Sinne

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich mündlich
 in Gesamplankonferenzen

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle / Person für die Planung benannt?

- ja nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

- Zusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:**
- körperlicher Beeinträchtigung
 - seelischer Beeinträchtigung
 - geistige Beeinträchtigung
 - Beeinträchtigung der Sinne

Ggf. Erläuterungen (z.B. Suchterkrankung, Lernbeeinträchtigung, herausforderndes Verhalten):

- GdB vorhanden, Umfang: Merkzeichen:
 noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhanden

- Leistungen nach SGB V Leistungen nach SGB VIII
 Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad:)

Name

Vorname

Zeitraum bis

3. Ziele von Herr/Frau

Bitte auswählen:

	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen im Planungszeitraum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langfristig geplante Veränderungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

4.1 Übergreifende persönliche Situation:

4.2 Aktuelle Probleme der Teilhabe aus den Bereichen:

z.B. Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

4.3 Ressourcen und Barrieren im Umfeld aus den Bereichen: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115), usw.

4.4 Ressourcen oder Beeinträchtigung Beziehungen aus den Bereichen: Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Vorgesetzte (e330), usw.

5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen:

a) Übergreifende persönliche Ziele:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur *

a) Ziele von Herr / Frau:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation: Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung: Umfeldfaktoren:

c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Transportmittel benutzen (d 470) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Einzelaufgaben übernehmen (d 210) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Tägliche Routine durchführen (d 230) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Antrieb (b 130) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Aufmerksamkeit (b 140) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Probleme lösen (d 175) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Feinmotorischer Handgebrauch (d 440) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430) |

f) Tätig im kommenden Jahr in:

Bezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

auf dem 2. Arbeitsmarkt

auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung

Erster Arbeitsmarkt

Sonstiges:

Unbezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

Versorgung von Angehörigen / Kindern

Praktikum

ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung (Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

Berufliche Weiter- oder Ausbildung

Stärkung sozialer Kompetenz

Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

g) aktivierbare nichtprofessionelle Hilfen im Umfeld

h) Vorgehen

Name

Vorname

Zeitraum bis

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination

b) Selbstversorgung / Wohnen

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

**d) Freizeit / Persönliche Interessen /
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

12. Erbringung durch:

Benennung: Einrichtung /
Dienst / Fachkraft / Mitarbeiter
selbständig (mit Assistenz)

**13. Einschätzung
des geplanten
zeitlichen Umfangs**

(Zyklus, Höhe des Aufwands)

Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:

Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:

Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:

Erbringung durch:	Wie oft:	Aufwand:

Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen

- Nachtwache
 Bereitschaftsdienst nachts
 Bereitschaftsdienst Wochenende
 Rufbereitschaft
 Krisendienste

Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)

Name

Vorname

Zeitraum bis

14. Bisherige Erfahrungen / andere Sichtweisen der Klientin / des Klienten mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von **Mitarbeiterin/Mitarbeiter** **Angehörige:**

16. Erstellung und Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Datum, Ersteller:

Koordinierende Bezugsperson:

Name

Telefon

Anschrift

Vertretung:

Name

Telefon

Anschrift

17. Erklärung der leistungsberechtigten Person

Den Gesamtplan habe ich am erhalten

Die im Gesamtplan formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen

werden von mir unterstützt

können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

Ich bin damit einverstanden, dass der Gesamtplan den folgenden am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Gesetzl. Betreuer:

Bevollmächtigter:

Andere Leistungserbringer oder andere Sozialleistungsträger:

Wenn nicht einverstanden, bitte die Organisation / Namen eintragen, die den Teilhabeplan nicht bekommen sollen:

Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung

Derjenige der Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Er hat auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Werden diese Mitwirkungsverpflichtungen verletzt, kann der Sozialleistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

Alle gemachten Angaben in diesem ITP dienen der Planung der Teilhabeleistungen für den vereinbarten Zeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigte/r

18. Bewertung des ITP durch Klient / Klientin

Übergreifende
persönliche Ziele

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Wohnen
Selbstversorgung

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Arbeit,
Beschäftigung

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Freizeit

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung Klient / Klientin:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum:

Assistenz beim Ausfüllen durch:

Antrag auf Weiterbewilligung

Unterschrift der Klientin / des Klienten:

19. Bewertung des ITP durch Fachkraft des Leistungserbringers

Übergreifende persönliche Ziele

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Wohnen Selbstversorgung

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Arbeit, Beschäftigung

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Freizeit

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung Fachkraft des Leistungserbringers:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Unterschrift der Fachkraft:

20. Bewertung des ITP durch den Leistungsträger

Übergreifende,
persönliche Ziele

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Wohnen,
Selbstversorgung

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Arbeit,
Beschäftigung

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

EGH: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Freizeit

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Klientensicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung aus Sicht des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt

Unterschrift Leistungsträger:

21. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- B** (Vorgeschichte / Beruf)
- C** (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- D** (Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz)
- P** (Pflegeplanung)

Datum/Unterschrift: