

Anschrift des Kostenträgers:

Anschrift des/der Budgetnehmers/in:

Tel.:

Weiterer Ansprechpartner:

Bogen zur Hilfebedarfserfassung für das Persönliche Budget (HEB-pB)

auf Basis des HEB-A Bogens des Gesamtplanverfahrens gem. § 58 SGB XII

für den Personenkreis der wesentlich seelisch behinderten Menschen

Die im Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Sozialhilfeträger bestimmt und dienen der sozialhilfe-rechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe des § 57 SGB XII.

SOZIALDATEN

für: _____, geb. am: _____

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Deutsch

andere: _____

Krankenkasse:

Rentenversicherungsträger:

Arbeitsamt:

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

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt oder einer (nahestehenden) nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

Nein

Ja, und zwar

gesetzliche Betreuung

Bevollmächtigung

beantragt am

Wenn Ja:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Wirkungs-/Aufgabenkreis des/der Betreuers/in bzw. der bevollmächtigten Person

Aufenthaltsbestimmung

Heilbehandlung

Vermögenssorge

Sonstige:

Vertretung gegenüber Behörden

Willensvorbehalt

A. ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN SOZIALEN SITUATION

Sozialbericht für: _____, geb. am: _____

A. 1 Familienstand:

Ledig

verheiratet, seit

verwitwet, seit

geschieden, seit

getrennt lebend, seit

A. 2 Kinder:

Anzahl

Alter

A. 3 Lebensform:

Alleinlebend

zusammen mit

Partner

Eltern

Kindern, Verwandte

mit zu versorgenden Kindern

A. 4 Wohnsituation:

Eigene Wohnung

Elterliche Wohnung

Wohngemeinschaft

Möbliertes Zimmer

ambulant betreute Wohnform

Heim

Wohnungslos

Sonstige (bitte angeben):

A. 5 Für die nachfragende Person bedeutsame soziale Kontakte, die Unterstützung bedeuten und zukünftig erhalten werden sollen:

zu Angehörigen

zu Freunden

zu Kollegen

zu Nachbarn, Mitbewohnern

durch Vereins- oder Clubtätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen, Besuch von (Alten-) Begegnungsstätten)

besondere sprachliche/kulturelle Bezugsgruppe

Sonstige:

Anlage 5 zu den Gemeinsamen Handlungsempfehlungen zur weiteren Umsetzung des Persönlichen Budgets
für seelisch behinderte Menschen in Oberbayern

A. 6 Kurze Sozialanamnese und Erläuterung der aktuellen Lebenssituation

B. ANGABEN ZU AUSBILDUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT

für: _____, geb. am: _____

B. 1 Schulbildung

höchster erreichter Schulabschluß:

**B. 4 Ergänzende Angaben zu Schule, Ausbildung und Berufstätigkeit
(z. B. auch frühere berufliche Erfahrungen):**

B. 2 Berufsausbildung

erlernte Berufe:

Abschlüsse:

B. 3 Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit:

nie erwerbstätig

Von: _____ bis: _____

Sozialversicherungspflichtig:

ja

nein

berufstätig Vollzeit:

befristet

unbefristet

berufstätig Teilzeit:

Anzahl der wöchentlichen Stunden

befristet

unbefristet

berufstätig gelegentlich

mithelfender Familienangehöriger

Hausfrau/-mann, nicht erwerbstätig

Wehr-/Zivildienst, FSJ

beschäftigt in:

WfB Dauerarbeitsplatz

Selbsthilfefirma/Integrationsfirma

Belastungserprobung / Arbeitstraining

Sonstige (bitte angeben):

C. ÜBERSICHT DER BISHER VORAUSGEGANGENEN MASSNAHMEN

Sozialbericht für: _____, geb. _____

C. 1 stationäre Klinikaufenthalte:

nein ja

Dauer des Krankenhausaufenthaltes

Name und Art der Einrichtung

C.4 Ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen:

nein ja

wenn ja,

Art der Behandlung, Zeitraum

C. 2 Aufenthalte in stationären Wohnformen:

nein wenn ja

Art der Einrichtung

Dauer des Aufenthaltes
von _____ bis _____

C. 55 In Anspruch genommene ambulante / teilstationäre sozialpsychiatrische Betreuungsleistungen:

nein ja

Art der Maßnahme und Zeitraum

C. 3 Teilnahme an medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitationsmaßnahmen:

nein ja


Wenn ja:

Name und Art der Maßnahme und des Leistungserbringers, Zeitraum

C. 6 Ergänzende Angaben zu den vorausgegangenen Maßnahmen:

Vorname, Name		geb.	
---------------	--	------	--

Bogen zur Hilfebedarfserfassung für das Persönliche Budget				
	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für Monate
<p>Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (0) Hilfebedarf nicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (1) Hilfebedarf leicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (2) Hilfebedarf mäßig ausgeprägt <input type="checkbox"/> (3) Hilfebedarf erheblich ausgeprägt <input type="checkbox"/> (4) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt 		

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für  Monate
<p>Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen</p>		<p> <input type="checkbox"/> (0) Hilfebedarf nicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (1) Hilfebedarf leicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (2) Hilfebedarf mäßig ausgeprägt <input type="checkbox"/> (3) Hilfebedarf erheblich ausgeprägt <input type="checkbox"/> (4) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt </p>		

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></div> Monate
Selbstversorgung und Wohnen		<input type="checkbox"/> (0) Hilfebedarf nicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (1) Hilfebedarf leicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (2) Hilfebedarf mäßig ausgeprägt <input type="checkbox"/> (3) Hilfebedarf erheblich ausgeprägt <input type="checkbox"/> (4) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt		

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></div> Monate
<p>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung</p>		<p> <input type="checkbox"/> (0) Hilfebedarf nicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (1) Hilfebedarf leicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (2) Hilfebedarf mäßig ausgeprägt <input type="checkbox"/> (3) Hilfebedarf erheblich ausgeprägt <input type="checkbox"/> (4) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt </p>		

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></div> Monate
<p>Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</p>		<p> <input type="checkbox"/> (0) Hilfebedarf nicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (1) Hilfebedarf leicht ausgeprägt <input type="checkbox"/> (2) Hilfebedarf mäßig ausgeprägt <input type="checkbox"/> (3) Hilfebedarf erheblich ausgeprägt <input type="checkbox"/> (4) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt </p>		

Folgende Maßnahmen i.R. des Persönlichen Budgets sind vorgesehen:	Persönliches Budget
1. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme etc.)	█ Punkte (max. 4 Punkte)
2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen	█ Punkte (max. 4 Punkte)
3. Selbstversorgung und Wohnen	█ Punkte (max. 4 Punkte)
4. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung	█ Punkte (max. 4 Punkte)
5. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	█ Punkte (max. 4 Punkte)
Gesamtumfang der Maßnahmen	█ Punkte insgesamt (max. 20 Punkte) entspricht Gruppe (G I, G I +, G II, G II + etc.) entspricht Pauschale € █ ./. bereits finanzierte Sachleistungen € █ Restbudget € █

Ergebnis der Hilfeplanung i.R. des Persönlichen Budgets:
Der / Die Leistungsberechtigte (ggf. sein / ihr Betreuer / in) bestätigt mit seiner / ihrer Unterschrift, dass mit den vereinbarten Förderzielen und –maßnahmen Einverständnis besteht.

Die Sozialverwaltung des überörtlichen Sozialhilfeträgers ist datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. Der Antragsteller bzw. Sozialhilfeträger erklärt für die Zweckbestimmung dieses HEB-Bogens seine Einwilligung in die Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

Datum, Unterschrift des / der Hilfeempfängers / in

Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in

Datum, Unterschrift weiterer an der Hilfeplanung beteiligter Personen

Gruppe	G I	G I +	G II	G II +	G III	G III +	G IV	G IV +	G V	G V +	G VI	G VI +
Punkte	2 – 4		5 – 7		8 – 10		11 – 13		14 – 16		17 – 20	
Zugrunde gelegter Schlüssel	1:14		1:11		1:9		1:7		1:5		1:3	
Pauschale (€)	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

