

Zielvereinbarung für ein Persönliches Budget

zwischen dem
Bezirk Oberbayern, vertreten durch Herrn / Frau
im Folgenden **Beauftragte(r)** genannt

und
Frau / Herrn

(Name, Geburtsdatum der Budgetnehmerin / des Budgetnehmers)

(Anschrift, der Budgetnehmerin / des Budgetnehmers)

wird folgende Zielvereinbarung
mit der Laufzeit vom _____ bis zum _____
geschlossen:

1. Ziele des Persönlichen Budgets

Ziel der Hilfestellung in Form eines Persönlichen Budgets ist es, Ihnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Das heißt, Sie bestimmen selbst, welche Leistungen im Rahmen der rechtlichen Voraussetzungen Sie zur Erreichung der Ziele in Anspruch nehmen wollen und wer diese Leistungen erbringen soll.

2. Leistungen, die Sie mit dem Persönlichen Budget einkaufen können

Das persönliche Budget ist zur Deckung folgender Leistungen (Ziele) der Eingliederungshilfe bestimmt

Wenn Sie für die Auswahl und Inanspruchnahme der Leistungen Unterstützung benötigen („Budgetassistenz“), so müssen Sie diese aus dem o.g. Betrag oder anderweitig finanzieren.

3. Höhe des vereinbarten Persönlichen Budgets

Für die Maßnahmen zur Erreichung der vereinbarten Ziele bekommen Sie eine monatliche Pauschale von _____ €.

4. Regelmäßige Überprüfung Ihres Persönlichen Budgets

In _____ Monaten treffen Sie sich mit Ihrem Beauftragten. Wenn Sie möchten, kann auch eine Person Ihres Vertrauens und/oder Ihr gesetzlicher Betreuer dabei sein. Gemeinsam wird geprüft,

- ✓ Ob Sie mit Ihren Leistungen zufrieden sind,
- ✓ ob und wie die Ziele erreicht wurden,
- ✓ ob bei der Umsetzung des pB Probleme entstanden sind.

5. Nachweis über die Verwendung Ihres Persönlichen Budgets

Für folgende Leistungen sind Nachweise zu erbringen

_____ zum _____

_____ zum _____

_____ zum _____

6. Kündigung dieser Zielvereinbarung

Sie können diese Vereinbarung nach Ablauf von 6 Monaten unter Darstellung der Gründe zum Monatsende kündigen.

Sie und Ihr Beauftragter können diese Vereinbarung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn Ihnen die Fortsetzung nicht mehr zumutbar ist.

Anlage Infoblatt (Anmeldung MINI- Job, Anzeigepflicht bei stationärem Aufenthalt)

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Leistungsträger

Das nächste Hilfeplangespräch findet am _____ statt.