

Individuelle Hilfeplanung des LVR -

ERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN

im Rahmen des Individuellen Hilfeplanes des Landschaftsverbandes Rheinland

Antragstellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

rechtliche Betreuung

Name

Vorname

- Ich habe einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe gestellt und hierfür einen Individuellen Hilfeplan erarbeitet.
- Ich bin darüber informiert, dass dieser Hilfeplan in der regional zuständigen Hilfeplankonferenz (HPK) vorgestellt wird.

Mir wurde erklärt, dass die HPK ein fachkompetentes Gremium ist, welches überprüft, ob die im Hilfeplan dargestellten Maßnahmen erforderlich sind, um die von mir genannten Ziele zu erreichen. Außerdem wird dort geklärt, wie ich die erforderlichen Hilfen erhalten kann.

Grundsätzlich besteht die HPK aus folgenden Mitgliedern: Vertretungen des überörtlichen und des örtlichen Sozialhilfeträgers sowie anderer Leistungsträger, des Gesundheitsamtes/der Behindertenkoordination, Vertretungen von ambulanten und stationären Leistungsanbietern sowie entweder vom SPZ (Sozialpsychiatrisches Zentrum) oder der KoKoBe (Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit geistiger Behinderung).

Alle Mitglieder der HPK haben sich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

- Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Hilfeplan in der HPK unter Nennung meines Namens besprochen wird.
- Ich möchte, dass mein Hilfeplan in der HPK nur in anonymisierter Form besprochen wird und Rückschlüsse auf meine Person nicht möglich sind.
- Ich möchte an der Hilfeplankonferenz teilnehmen.

Ort

Datum

Unterschrift der Antrag stellenden
bzw. zur Leistung berechtigten Person

Unterschrift rechtliche Vertretung

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

erster IHP Fortschreibung des IHP vom Nr. NameAZ:

für den Zeitraum vom..... bis..... erstellt am:..... von

I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es ist die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht.

Wie und wo ich wohnen will

Was ich den Tag über tun oder arbeiten will

Wie ich mit anderen Menschen zusammen leben will (Beziehungen zu anderen Menschen, nicht wohnen)

Was ich in meiner Freizeit machen will

Was mir sonst noch sehr wichtig ist

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

Name..... AZ.....

II. Wie und wo ich jetzt lebe (Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)

Ergänzende fachliche Sicht

III. Was ich ohne große Probleme machen kann

Ergänzende fachliche Sicht

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

Name..... AZ.....

IV. Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will

Ergänzende fachliche Sicht

V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann

Ergänzende fachliche Sicht

Name..... AZ.....

VI. Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will

Ergänzende fachliche Sicht

VII. Was weiter wichtig ist, (bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen, ...), um mich oder meine Situation zu verstehen

Ergänzende fachliche Sicht

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Planung-

Name..... AZ.....

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden?	Bis wann?	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?
1.			1.			
2.			2.			
3.			3.			
4.			4.			
5.			5.			
6.			6.			

Hilfeplankonferenz – Empfehlung und Bedarfsfeststellung

Name	Vorname:	Geburtsdatum:	AZ / GP-Nr.:
Anschrift			

Art der angegebenen Behinderung	ggf ICD 10 –
---------------------------------	--------------

bisher bewilligte Leistungen							
Art der Leistung	Anzahl	Kategorie	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungs-träger	Leistungs-anbieter	Persönliches Budget
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

Hilfeplan vom _____ überarbeiteter Hilfeplan <input type="checkbox"/>							
beantragte Leistung							
Ziele aus IHP Punkt X	Zeitungfang in Minuten	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungsanbieter	Persönliches Budget	Vorprüfung LVR	
						Art der Leistung	Leistungsträger
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		

beantragte Leistung als Empfehlung übernehmen

HPK am _____

Beratung: anonym intensiv

Teilnahme an der Hilfeplankonferenz:			
<input type="checkbox"/> LB	<input type="checkbox"/> rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Vertrauensperson	weitere _____

Ergänzungen zum IHP

Hilfeplankonferenz – Empfehlung und Bedarfsfeststellung

Empfehlung der Hilfeplankonferenz						
Art der Leistung	Kategorie oder Umfang / Woche	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungsträger	Leistungsanbieter	Persönliches Budget
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Begründung für die Anpassung der beantragten Leistung

weitere Empfehlung der Hilfeplankonferenz

erneute Beratung notwendig

Datum	für die Hilfeplankonferenz
--------------	-----------------------------------

Entscheidung

der Empfehlung wird gefolgt ja nein

Bedarfsfeststellung LVR						
Art der Leistung	Kategorie oder Umfang / Woche	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungsträger	Leistungsanbieter	Persönliches Budget
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Übertrag der LVR-Leistungen zu Anlei