

# Teilhabeplan nach § 19 SGB IX bzw. Gesamtplan nach § 121 SGB IX

auf Basis des ITP® Thüringen vom:

Name Vorname Geburtsdatum Aktenzeichen:

Antragseingang am:   
 ggfs. Weiterleitung am:

## Die aktuell beteiligten Rehaträger wurden einbezogen bei:

### Beteiligte Leistungsträger:

- Eingliederungshilfe
- Bundesagentur für Arbeit
- gesetzliche Unfallversicherung
- öffentliche Jugendhilfe
- gesetzliche Krankenkasse
- gesetzliche Rentenversicherung
- Kriegspferfürsorge
- 

Auswertung des vorliegenden Gesamtplans	Erarbeitung des aktuellen Gesamtplans	Abstimmung des vorliegenden Gesamtplanentwurfes	Koordination der nach dem Gesamtplan notwendigen Leistungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Eine gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit liegt vor. Datum:
- andere öffentliche Stellen wurden einbezogen:
- besondere Belange pflegender Angehöriger bei der medizinischen Rehabilitation wurden berücksichtigt:

Soz.-med. Stellungnahmen:  nein  ja / Datum:  Bemerkungen:

Vertrauensperson nach § 113 Abs. 6 SGB IX bei Krankenhausaufenthalt notwendig

## 1. Zielsetzungen in den Bereichen:

### 1a) Übergreifende persönliche Ziele:

Ziel:

Ziel:

Dieses 3. Ziel bitte nur für ITP-FrüKi verwenden: Ziel:

### 1b) Selbstversorgen / Wohnen:

Ziel:

Ziel:

### 1c) Kita / Schule / Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur:

Ziel:

Ziel:

### 1d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben: (Dieser Zielbereich entfällt für ITP-FrüKi).

Ziel:

Ziel:

### Ergänzende Festlegungen (z. B. Auflagen, nachträgliche Änderungen):

# Teilhabeplan nach § 19 SGB IX bzw. Gesamtplan nach § 121 SGB IX

auf Basis des ITP<sup>®</sup> Thüringen vom:



Name

Vorname

Geburtsdatum

Aktenzeichen:

## 2. Leistungen der beteiligten Leistungsträger

Die Teilhabe- / Gesamtlankonferenz hat stattgefunden am:

Der Leistungsanspruch wurde anhand der Bedarfsermittlung und der integrierten Teilhabeplanung geprüft. **Instrument: ITP Thüringen,**  
ggf. ergänzende Feststellungen / Gutachten:

Leistungsträger (teilnehmende Person ggf. Mitarbeiter / Datum, wenn Umlaufverfahren)	Leistung	Leistungs- umfang	SL	PB	Bewilligungs- zeitraum	Erbringer der Leistung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Das **Persönliche Budget** wird als Leistungsform als Gesamtsumme im Umfang von €  pro Monat bewilligt.

Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX wurde berücksichtigt.

**Hinweise:** Verbleibender Regelsatz in €  pro Monat nach § 27a Abs. 3 SGB XII.

Die Bedarfsermittlung zur Grundsicherung (Bogen G) ist in diesem Gesamtplan berücksichtigt.

Ergänzende Hinweise zu diesem Gesamtplan sind auf Seite 7 des ITP zu beachten.

### Berichtspflicht nach § 41 SGB IX:

Nachträgliche Änderung des Gesamtplans während der Laufzeit.

Rechtsbehelfe wurden eingelegt /  waren erfolgreich.

Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 SGB IX.

Begründete Mitteilung, Fristverlängerung ist erfolgt /  war positiv (siehe § 18 SGB IX).

## 3. Fortschreibung der Teilhabeplanung

Ein (erneutes) Teilhabe- / Gesamtplangespräch ist geplant für den:  Monate der Geltungsdauer  
des Gesamtplans:

Dementsprechend ist der künftige ITP fristgerecht beim zuständigen Leistungsträger einzureichen bis zum:

	Name, Träger	Datum	Unterschrift
<b>Verfahrensleitender Leistungsträger</b>			

Kenntnisnahme durch Leistungs- / Sorgberechtigte/n ist erfolgt  ggf. ergänzend durch gesetzlichen Betreuer.

Verteiler: