

**Individuelle Hilfeplanung des LVR**

**- Basisbogen -**

**Name** , **GP-Nr.**

**IHP für den Zeitraum von** **bis**

Erstantrag  Folgeantrag

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person unter Beteiligung von (Personen)  
unter Verwendung der Hilfsmittel (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen ...)

Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Beruf: Familienstand: GP-Nummer:

Anzahl und Alter der Kinder: Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax: E-Mail:

Für Rückfragen steht zur Verfügung

Name: Vorname:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax: E-Mail:

---

Rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person vorhanden  Ja  Nein

Name: Vorname:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax: E-Mail:

Wirkungskreis/Einwilligungsvorbehalt bitte **unbedingt** angeben

---

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung – aktuelle Arztberichte bitte beifügen

körperliche Behinderung  geistige Behinderung  psychische Behinderung  Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10

Klartext der Diagnosen, vorrangige Diagnose

---

**Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI – Pflegestärkungsgesetz II**

Aktueller **Pflegegrad** lt. Bescheid der Pflegekasse

ohne  1  2  3  4  5

Alle aktuellen Bescheide der Pflegekasse einschließlich der Gutachten, auf denen die Bescheide begründet sind, bitte anfordern und beifügen  
Anmerkungen und Hinweise

**Schwerbehinderung**

Aktueller Grad der Behinderung gemäß **SGB IX**:

**Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes bitte beifügen**

**Individuelle Hilfeplanung des LVR**

**- Basisbogen -**

**Name** , **GP-Nr.**

- Ich wurde darüber informiert, dass ich die Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann.
- Ich beantrage folgende sozialhilferechtlichen Leistungen teilweise als Persönliches Budget:
- Ich beantrage folgende sozialhilferechtlichen Leistungen vollständig als Persönliches Budget:

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Hilfeplanung des LVR erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes gem. § 58 SGB XII verwendet werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass der LVR seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß § 14 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Träger der Sozialhilfe bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person

Unterschrift rechtliche Vertretung  
bzw. bevollmächtigte Person

Anmerkung:

Eine Erklärung in leichter Sprache zu dem Persönlichen Budget als Persönliches Geld befindet sich im Anhang zu diesem Bogensatz

## 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 bzw. bevollmächtigte Person

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 werden kann.

Zentrale Aufgabe der Hilfeplankonferenz (HPK) ist die Zusammenführung der regionalen Fachkompetenz zur Förderung einer personenzentrierten, qualitätsgesicherten Unterstützungsleistung für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII, die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft benötigen.

Die HPK verfolgt mit ihrer Arbeit das Ziel, dass Menschen mit Behinderung die für sie erforderliche Unterstützung an ihrem Lebensort erhalten.

Die Mitglieder der HPK verpflichten sich in schriftlicher Form zur Wahrung der Schweigepflicht sowohl gegenüber den Leistungsberechtigten als auch gegenüber allen anderen Beteiligten hinsichtlich der persönlichen Daten, die sie in schriftlicher oder mündlicher Form erhalten; die Mitglieder stellen sicher, dass die ihnen überlassenen Unterlagen vertraulich behandelt und sicher verwahrt werden.

Die HPK wird aus Fachleuten gebildet, die für die Beratung im Einzelfall erforderlich sind.

Mitglieder der HPK sind grundsätzlich

- der überörtliche Sozialhilfeträger
- der örtliche Sozialhilfeträger
- Gesundheitsamt/Behindertenkoordination
- bis zu 2 Vertretungen ambulanten Leistungsanbieter
- bis zu 2 Vertretungen stationärer Leistungsanbieter
- 1 Vertretung von SPZ bzw. KoKoBe bzw. Suchtberatung

- Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Hilfeplan in der HPK unter Nennung meines Namens besprochen werden kann.
- 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.
- Ich möchte nicht an der Hilfeplankonferenz teilnehmen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden  
bzw. zur Leistung berechtigten Person

Unterschrift rechtliche Vertretung  
bzw. bevollmächtigte Person

Individuelle Hilfeplanung des LVR			- Gesprächsleitfaden -		
<input type="radio"/> Erstantrag	<input checked="" type="radio"/> Folgeantrag	des IHP vom	Nr.	GP-Nr.:	
für den Zeitraum vom	bis	erstellt am			

**wichtiger Hinweis:**

**Bitte auf dieser und den folgenden Seiten keine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift ...) eintragen, da der Hilfeplan in dieser Version datenschutzrechtlich nur anonymisiert elektronisch gespeichert werden darf.**

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person

- unter Beteiligung von Dritten
- unter Verwendung von Hilfsmitteln (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen)

Geschlecht: weiblich

Geburtsjahr:

Beruf:

Familienstand:

Anzahl und Alter der Kinder:

Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt:

Eine rechtliche Betreuung ist eingerichtet  Ja  Nein

Wirkungskreis/Einwilligungsvorbehalt bitte unbedingt angeben

oder eine Bevollmächtigung ist erteilt  Ja  Nein

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung

körperliche Behinderung  geistige Behinderung  psychische Behinderung  Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10

Klartext der Diagnose(n), vorrangige Diagnose:

Aktueller **Pflegegrad** lt. Bescheid der Pflegekasse

ohne  1  2  3  4  5

Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX

<b>Individuelle Hilfeplanung des LVR</b>	<b>- Gesprächsleitfaden -</b>
GP-Nr.	

**Andere oder vorrangige Leistungen**  
(Mehrfachnennungen möglich)

	beantragt/ verordnet	bewilligt	abgelehnt	nicht bean- tragt oder nicht verord- net	Leistungs- träger
Zutreffendes bitte ankreuzen					
<b>Leistungen zur Pflege nach SGB XI</b>					
Hauswirtschaftliche Hilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pflegesachleistung – § 36 SGB XI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pflegegeld – § 37 SGB XI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wohngruppenzuschlag – § 38 a SGB XI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Entlastungsbetrag – § 45 b SGB XI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häusliche Krankenpflege gemäß SGB V	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere, nämlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Leistungen zur medizinische Rehabilitation</b>					
Soziotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere, nämlich					
<b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- leben</b>					
Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, nämlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Leistungen nach dem Sozialen Ent- schädigungsrecht, nämlich</b>					
Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII, nämlich</b>					
Andere Leistungen, nämlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Bescheide der letzten 12 Monate vor Antragstellung bitte beifügen**

GP-Nr.

**I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)**

Es geht hier um die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive bzw. in der eigenen sprachlichen Äußerung formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht. Bitte angeben: eigene sprachliche Äußerung oder stellvertretende Äußerung

**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 -**

GP-Nr.

**II. Wie und wo ich jetzt lebe**

(Beschreibung der aktuellen Situation: Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)

**Ergänzende fachliche Sicht**

(Fakten, Rahmenbedingungen und Sachverhalte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind)

**III. Was ich ohne große Probleme machen kann**

(ohne Unterstützung oder ohne Nutzung von Hilfsmitteln)

**Ergänzende fachliche Sicht**

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

(z.B. Unterstützung durch Hilfsmittel, durch räumliche Gegebenheiten oder Personen)

**Ergänzende fachliche Sicht** (Förderfaktoren z.B. durch ein verändertes Umfeld, Unterstützung durch Beziehungen)

**V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann**

(z.B. was ohne Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen nicht gemacht werden kann)

**Ergänzende fachliche Sicht**

(Beeinträchtigung der Aktivitäten, z.B. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Bezüge)

**Individuelle Hilfeplanung des LVR**

**- Gesprächsleitfaden -**

GP-Nr.

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

(z.B. fehlende Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen, bestehende Hindernisse)

Ergänzende fachliche Sicht (fehlende Förderfaktoren/Umweltfaktoren)

**VII. Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen**

(z.B. bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen; kurze Darstellung des Lebenslaufes, der bedeutsamen Beeinträchtigungen und der medizinischen oder pädagogischen Vorgeschichte)

Ergänzende fachliche Sicht

(personenbezogene Faktoren, z.B. Eigenheiten der Person, besondere Lebensweisen oder Vorlieben; **nicht** Merkmale der Gesundheitsbeeinträchtigung)

<b>Individuelle Hilfeplanung des LVR</b>	<b>- Zielüberprüfung -</b>
GP-Nr.	

<b>VIII. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden?</b> Bitte alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen und Änderungen nach Vorstellung in der HPK einfügen	Das Ziel wurde ....			<b>IX. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?</b> (nicht nur die Hilfe durch Fachkräfte ist gemeint, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren.)
	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
	Zutreffendes bitte ankreuzen			
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

**Individuelle Hilfeplanung des LVR**

**- Planung -**

GP-Nr.

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden? (Ziele s.m.a.r.t. formulieren mit einer für den LB überschaubaren Anzahl an Zielen)	Bis wann? Datum beantragter Zeitraum	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen? (Tätigkeiten, damit der angestrebte Zustand eintritt)	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			

**Individuelle Hilfeplanung des LVR**

**- Notwendige Leistungen -**

GP-Nr.

Nr.	zeitliche Lage (bitte ankreuzen)		Form der Leistung (bitte ankreuzen)				Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu jeweiligen Leistungen zuordnen)
	am Tage	nachts	Sachleistung	Geldleistung	Persönliches Budget	Umfang in Stunden/Minuten; Einheiten/Woche	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

# Das Persönliche Budget

## Was ist das Persönliche Budget?

Budget ist ein schwieriges Wort für Geld.

Damit Sie diesen Text besser verstehen können, nennen wir das Persönliche Budget hier:  
**Persönliches Geld.**

Dieses Geld können Sie bekommen, wenn Sie eine Behinderung haben und Unterstützung brauchen. Mit dem Geld können Sie Ihre Hilfen und Unterstützung selbst bezahlen.

## So ist es ohne das Persönliche Geld:

Sie wohnen zum Beispiel in einem Wohnheim. Das Wohnheim bekommt Geld vom Sozialamt. Mit dem Geld bezahlt das Wohnheim zum Beispiel Ihre Assistenten.

## So ist es mit dem Persönlichen Geld:

Sie bekommen das Geld selbst. Mit dem Geld bezahlen Sie Ihre Assistenten selbst. Deshalb können Sie sich Ihre Assistenten auch selbst aussuchen.

## Für wen ist das Persönliche Geld?

Alle Menschen mit Behinderungen können das Persönliche Geld bekommen. Auch Menschen mit einer schweren Behinderung können das Persönliche Geld bekommen. Auch Kinder und Jugendliche können das Persönliche Geld bekommen. Die Eltern müssen dann den Antrag schreiben.

## Welche Hilfen kann ich mit dem Persönlichen Geld bezahlen?

Es gibt in Deutschland viele Hilfen für Menschen mit Behinderungen. Diese Hilfen heißen: Hilfe zur Teilhabe. Diese Hilfen können Sie mit dem Persönlichen Geld bezahlen.

Zum Beispiel:

- Hilfen bei der Pflege,
- Hilfen von der Kranken-Kasse,
- Hilfen bei der Arbeit. Zum Beispiel Arbeits-Assistenz
- oder technische Arbeitshilfen
- Hilfen für das Wohnen.

Besonders gut ist das Persönliche Geld für das Ambulant Betreute Wohnen.

Das Persönliche Geld hilft zum Beispiel, wenn Sie aus einem Heim ausziehen wollen.

## Was bedeutet:

### Trägerübergreifendes Persönliches Geld?

Die Hilfen werden von verschiedenen Stellen bezahlt. Zum Beispiel vom Sozialamt oder von der Krankenkasse. Diese Stellen heißen: **Träger**.

Bei dem Persönlichen Geld arbeiten alle Träger zusammen.

Viele Menschen mit Behinderung bekommen Geld vom LVR. Das Geld ist für Hilfe im Alltag. Mit dem Geld kann man Menschen bezahlen, die im Alltag helfen.

Der LVR bietet 2 Möglichkeiten an:

Der LVR zahlt das Geld selbst an den Menschen, der hilft.

Der LVR zahlt das Geld an den Menschen, der die Hilfe braucht.

Das hat einen Namen. Der Name ist Persönliches Budget. Man bekommt dann ein Persönliches Budget.

Man bezahlt dann den Menschen selbst, der hilft.

Der Vorteil: Man ist sehr selbstständig

Das Persönliche Budget hat einen großen Vorteil: Man ist dann sehr selbstständig. Man ist dann selbst der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin von der Person, die hilft.

Ein persönliches Budget kann jeder und jede bekommen. Man muss es nur in den Hilfeplan hinein schreiben. Der LVR rechnet dann aus, wie viel man bekommt.

Genaue Regeln

Das ist wichtig: Man darf mit dem Geld vom Persönlichen Budget nichts anderes machen.

Man darf damit zum Beispiel nicht in den Urlaub fahren. Und man darf sich damit keinen Computer kaufen. Das Geld ist für eine bestimmte Sache: Man bezahlt damit die Arbeit von dem Menschen, der hilft.

## **Internetseiten zum Persönlichen Budget**

Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
Informationen zum Persönlichen Budget

[www.budget.bmas.de](http://www.budget.bmas.de)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, ForseA e.V.

[www.forsea.de](http://www.forsea.de)

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.

[www.isl-ev.de](http://www.isl-ev.de)

Bundesarbeitsgemeinschaft Persönliches Budget e.V.

[www.bag-pb.de](http://www.bag-pb.de)

Landschaftsverband Rheinland

<http://www.lvr.de>