

Anschrift des Kostenträgers:		Anschrift des/der Budgetnehmers/in:	
Bezirk Oberbayern			
Prinzregentenstr. 14			
80535 München			
		Tel.: <input type="text"/>	
		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 Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilfe-rechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe des § 57 SGB XII.

Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhaltes hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

## 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:

## A. 6 Kurze Sozialanamnese und Erläuterung der aktuellen Lebenssituation

<b>B. ANGABEN ZU AUSBILDUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT</b>
---

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):

<b>C. ÜBERSICHT DER BISHER VORAUSGEGANGENEN MASSNAHMEN</b>
--

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. 5 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.	Erstellt am :
<b>Bogen zur Hilfebedarfserfassung für das Persönliche Budget</b>				
	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 20px; height: 10px;"></span> Monate
Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)		<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 stark ausgeprägt <input type="checkbox"/> (5) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt		
	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Ziele für den Planungszeitraum	Beschreibung der beabsichtigten Maßnahmen für <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 20px; height: 10px;"></span> Monate
Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen		<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 stark ausgeprägt <input type="checkbox"/> (5) 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
<b>Selbstversorgung und Wohnen</b>		<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 stark ausgeprägt <input type="checkbox"/> (5) 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
<b>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung</b>		<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 stark ausgeprägt <input type="checkbox"/> (5) 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
Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben		<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 stark ausgeprägt <input type="checkbox"/> (5) Hilfebedarf vollständig ausgeprägt		

Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der geplanten Ziele und Maßnahmen:

Folgender Unterstützungsbedarf i.R. des Persönlichen Budgets ist vorgesehen:	Persönliches Budget
1. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme etc.)	█ Punkte (max. 5 Punkte)
2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen	█ Punkte (max. 5 Punkte)
3. Selbstversorgung und Wohnen	█ Punkte (max. 5 Punkte)
4. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung	█ Punkte (max. 5 Punkte)
5. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	█ Punkte (max. 5 Punkte)
Gesamtumfang der Maßnahmen	█ Punkte insgesamt (max. 25 Punkte) entspricht Gruppe (G I, G I +, G II, G II + etc.) entspricht Pauschale € █ ./ bereits finanzierte Sachleistungen € █ <b>Restbudget</b> € █

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 Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift weiterer an der Hilfeplanung beteiligter Personen

Gruppe	G I -, G I, G I +	G II-, G II, G II +	G III-, G III, G III +	G IV-, G IV, G IV +	GV -,G V, G V +	GVI -, G VI, G VI +	G VII-, G VII, G VII +
<b>Punkte</b>	2 – 4	5 – 7	8 – 10	11 – 13	14 – 16	17 – 20	21 - 25
<b>Zugrunde gelegter Schlüssel</b>	1 : 14	1 : 11	1 : 9	1 : 7	1 : 5	1 : 4	1 : 3