

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Tel.:  
Ansprechpartner/in:

Fax:  
E-Mail:

### **Einlegeblatt WfbM**

**für den Personenkreis der Menschen mit wesentlicher geistiger  
und / oder körperlicher und / oder seelischer Behinderung  
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für**

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

Der Eingliederungsplan bzw. der Entwicklungsbericht soll zum Bereich Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM Angaben zu folgenden Merkmalen liefern:

| Angaben   | Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung |
|---|---|
| <p><b>Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der Letzten</b></p> <p>3      12      24<br/>60              Monate</p>  |   |
| <p><b>Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen</b></p>  |   |
| <p><b>Feststellung zur Eignung und Neigung des Mitarbeiters</b></p> <p><b>Kompetenzanalyse</b></p> <p>    <b>Eingangsverfahren</b><br/>    <b>Berufsbildungsbereich – Grundkurs</b><br/>    <b>Berufsbildungsbereich – Aufbaukurs bzw. Arbeitsbereich</b></p> |   |
| <p><b>Fortschreibung der Förderziele</b></p>  |   |
| <p><b>Beschreibung der geplanten Maßnahmen</b></p> <p>3      12      24<br/>60              Monate</p>  |   |

**Mehrbedarf**

Es besteht ein individueller Mehrbedarf, so dass eine Vergütung nach HBG 2 erforderlich ist; zur Begründung bitte Mehrbedarfsantrag beifügen, soweit dieser nicht schon vorliegt

**Regelung Anfahrt**

Fahrdienst                      öffentlicher Personennahverkehr                      Sonstiges  
Bei Nutzung des Fahrdienstes bitte Begründung:

Angabe der Fördermaßnahmen (umgesetzt und geplant) bitte im oberen Teil des Bogens

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der <b>Schwerpunkt der Förderung</b> innerhalb des Bewilligungszeitraumes liegt: |                          |  |
| 1.   | <input type="checkbox"/> | Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung                      |
| 2.   | <input type="checkbox"/> | Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen       |
| 3.   | <input type="checkbox"/> | Selbstversorgung / Wohnen  |
| 4.   | <input type="checkbox"/> | Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung                 |
| 5.   | <input type="checkbox"/> | Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben |

|  |  |
|--|--|
| <b>Sichtweise des Leistungsberechtigten zu:</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>den durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>den in der Förderplanung vorgesehenen Zielen und Maßnahmen bzw. der Einstufung des Hilfebedarfs</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>den Arbeitswunsch des Werkstättenbesuchers auch im Sinne einer langfristigen Zielperspektive</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>sowie weiteren persönlichen Zielsetzungen in Bezug auf: Verdienst / Entgelt, Kompetenzentwicklung (in Bezug auf: berufliche Qualifikation, soziale Kompetenz, Grundfähigkeiten oder Sonstiges)</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>weitere persönliche Zielbeschreibungen</li> </ul>   |  |

Die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers) 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. Der/die Leistungsberechtigte bzw. sein/ihr gesetzliche/r Betreuer/in erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine/ihre Einwilligung in die Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über die Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Leistungsberechtigten

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