

Hilfeplan nach § 36 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) Fortschreibung

FACHBEREICH JUGEND	AZ:
ORT UND DATUM DES HILFEPLANGESPRÄCHES:	
FACHKRAFT IM FB JUGEND UND ☎	

Name des Mädchens oder Jungens/Jugendliche(r):

geboren am:

Anschrift:

.....

Geschwisterkinder bei Veränderung:

Name: Geburtsdatum:

Name: Geburtsdatum:

Name: Geburtsdatum:

Eltern/-teil, Personensorgeberechtigte(r):

Anschrift und Telefon:

.....

Eltern/-teil, Personensorgeberechtigte(r):

Anschrift und Telefon:

.....

durchführende Institution:

Anschrift und Telefon:.....

.....

VorabInfo lag vor dem HPG vor: nein ja wenn ja, dann

Erstellt von am

Beim Hilfeplangespräch anwesende Personen:

.....

Beschreibung der aktuellen Situation und Bewertung des bisherigen Hilfeverlaufs durch die Beteiligten:

(Ergänzung zum Vorab-Info)

(Wie wurden die beim letzten Mal formulierten Ziele konkretisiert? Inwiefern konnten diese Ziele erreicht werden? Woran ist die Zielerreichung zu erkennen? Was hat maßgeblich zur Erreichung der (Teil) Ziele beigetragen? Was wurde wie gemacht? Inwiefern konnten die beim letzten Mal formulierten Ziele nicht erreicht werden? Was hat die Zielerreichung erschwert? Welche Themen, Bewältigungsanforderungen u. Ä. sind darüber hinaus relevant geworden? Wie beurteilen die Beteiligten den Verlauf der Hilfe? Wie bewerten die Beteiligten die Zusammenarbeit miteinander? Was gelingt gut? Was sollte weiterentwickelt werden?)

aus Sicht des Kindes/Jugendlichen:

aus Sicht der Eltern bzw. des Elternteils:

aus Sicht der Fachkraft der beteiligten Institution:

aus Sicht der Fachkraft des FB Jugend:

FOLGERUNGEN AUS DER BEWERTUNG DES HILFEVERLAUFES

(bzgl. Waren die formulierten Ziele angemessen? Wieviel von den formulierten Zielen konnten erreicht werden? Waren die ausgewählten Methoden angemessen? War die Intensität der Hilfe bzgl. zeitlichem Umfang und Dichte der Fachkräfte im Alltag der Familie angemessen?)

HANDLUNGSBEDARFE, AUF DIE SICH DIE BETEILIGTEN VERSTÄNDIGT HABEN:

(Wo liegt der vordringliche Unterstützungsbedarf? Welche Ressourcen sollen gestärkt werden?)

Ausgewählte Hilfe - Begründung und Vereinbarung

(Welches Hilfeangebot ist geeignet? Welches Hilfeangebot ist konsensfähig? Mit welcher Begründung wird das Hilfeangebot ausgewählt?)

Nur ausfüllen, wenn die Hilfeart gewechselt hat !!

Perspektiven und Ziele bis zum nächsten Hilfeplangespräch

(Mit welchen Erwartungen und konkreten Zielen soll die Hilfe fortgesetzt werden? Woran kann festgemacht werden, dass an den Zielen gearbeitet wird und sich Verbesserungen in der Lebenssituation des jungen Menschen und der Familie eingestellt haben? Welche zeitliche Prognose gibt es für den Hilfeprozess?)

aus Sicht des Kindes/Jugendlichen:

aus Sicht der Eltern bzw. des Elternteils:

aus Sicht der Fachkraft der beteiligten Institution:

aus Sicht der Fachkraft des FB Jugend:

VEREINBARUNG

(Welche konkreten Ziele sollen bis zum nächsten Hilfeplangespräch umgesetzt werden?)

Zielvereinbarung und Aufgabenverteilung

Ziele (Woran ist die Zielerreichung zu erkennen?)	Handlungsschritte (wer, was, bis wann?)

Sonstige Vereinbarungen und Absprachen Kontakte u. Beurlaubungen

Vorbehalte und Grenzen

(Welche Probleme werden erwartet? Wo sind die Grenzen der Hilfe?)

**Form der Hilfe:
Prognose zur Dauer der Hilfe insgesamt**

von.....bis.....

Stundenumfang.....

Zeitpunkt der Fortschreibung des Hilfeplans

Unterschrift der GesprächsteilnehmerInnen

Ich habe den Hilfeplan gelesen und stimme den oben formulierten Zielen und Aufgaben zu:

Eltern/Personensorgeberechtigte:

Mädchen/Junge:

Fachkraft der Institution:

Fachkraft des FB Jugend:

Sonstige GesprächsteilnehmerInnen:

Hilfeplan zu folgendem Datum versandt an:

(jeweils Name und Datum des Postausgangs eintragen)

Eltern/Personensorgeberechtigte:

Mädchen/Junge:

Fachkraft der Institution:

Sonstige GesprächsteilnehmerInnen:

Der Hilfeplan wird in der vorliegenden Fassung anerkannt, sofern innerhalb von Tagen nach Versand durch keine der beteiligten Personen Einspruch erhoben wird.

Mitteilungsblatt für den Fachdienst Finanzen (WH)

für teil- stationäre Hilfen außer § 33 SGB VIII

Ab 01.06.2011

Name des Klienten			
Leistungsanbieter			
MitarbeiterIn im FBJ			
Nächstes geplantes HP Gespräch			
Leistungsart	<input type="checkbox"/>	stationäre Leistung	<input type="checkbox"/> teilstationäre Leistung

Urlaubstage - teilstationär

Anzahl der vereinbarten Abwesenheitstage (Therapien, Förderungen etc.)	
Anzahl der Ferientage im sozialen Umfeld (Familie, Freunde etc.)	
Anzahl der Ferientage in externen Ferienmaßnahmen (Ferienfahrten, die von anderen Institutionen angeboten werden)	

Urlaubstage - stationär

Anzahl der Heimfahrten pro Monat (in der Regel 2 zusammenhängende Tage)	
Anzahl der Ferientage im sozialen Umfeld (Familie, Freunde etc.)	
Anzahl der Ferientage in externen Ferienmaßnahmen (Ferienfahrten, die von anderen Institutionen angeboten werden)	

Datum	
Unterschrift	