

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

Fachbereich Jugend	AZ:
Ort und Datum des Hilfeplangespraches:	
Fachkraft im Fachbereich Jugend, E-Mail und (.....	
Hilfeform:SGB VIII	

Name des jungen Menschen:

geboren am:

Anschrift:

.....

Geschwisterkinder:

Name: Geburtsdatum:

Name: Geburtsdatum:

Name: Geburtsdatum:

Name: Geburtsdatum:

Mutter:

Anschrift und Telefon:

.....

Vater:

Anschrift und Telefon:

.....

Vormund/Pfleger:

Anschrift und Telefon:

.....

Leistungserbringer:

Anschrift und Telefon:

.....

Beim Hilfeplangespräch anwesende Personen (Name und Rolle):

.....

.....

.....

.....

.....

Beschreibung der Ausgangssituation:

(Was ist die konkrete Ausgangslage (aktuelle Situation, Probleme, Ressourcen)? Welche vorausgegangenen Hilfen gab es?)

aus der Sicht der Fachkraft des Fachbereiches Jugend:

aus der Sicht des jungen Menschen:

aus der Sicht der Eltern:

aus der Sicht des Vormunds:

Ausgewählte Hilfe: §§..... SGB VIII

Erwartungen und Ziele

(Welche Erwartungen und Ziele haben die Beteiligten im Hilfeprozess?)

aus der Sicht des jungen Menschen:

aus der Sicht der Eltern:

aus der Sicht des Leistungserbringers:

aus der Sicht der Fachkraft des Fachbereiches Jugend:

Ziel der Hilfe:

--

Zielvereinbarung und Aufgabenverteilung

<p>Ziele (Woran ist die Zielerreichung zu erkennen? Kriterien)</p>	<p>Handlungsschritte/Maßnahmen (wer, was, bis wann?)</p>

Vorbehalte und Grenzen

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

Sonstige Vereinbarungen und Absprachen

Kontakte und Beurlaubungen

Form der Hilfe: §§..... SGB VIII
Beginn und Dauer der Hilfe

von: bis:

Stundenumfang.....

Datum und Ort der Fortschreibung des Hilfeplans

Unterschrift der Gesprächsteilnehmer

Ich habe mich über die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Folgen der geplanten Hilfe eingehend beraten lassen und bin bereit, an der Durchführung der Hilfe mitzuwirken. Wie bereits bei der Aufstellung dieses Hilfeplanes beteilige ich mich an der Fortschreibung. Ich bin bereit, während der gesamten Dauer der Hilfe im Rahmen der gesetzten Bestimmungen zum Wohle des jungen Menschen und seiner Familie mit dem Fachbereich Jugend zusammenzuarbeiten.

Eine Beendigung der Hilfe sollte möglichst in Übereinstimmung der Beteiligten erfolgen. Die Beteiligten an dem Hilfeplan erhalten eine Kopie des Hilfeplans auch bei Abwesenheit beim Hilfeplangespräch.

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

Datum/Unterschrift

Eltern:

Pfleger/Vormund:

Junger Mensch:

Fachkraft des Fachbereichs Jugend:

Fachkraft des Leistungserbringers:

Sonstige Gesprächsteilnehmer:

Hilfeplan zu folgendem Datum versandt an:

(Jeweils Name und Datum des Postausgangs eintragen)

Eltern:

Pfleger/Vormund:

Junger Mensch:

Fachkraft des Leistungserbringers:

Sonstige Gesprächsteilnehmer:

Bei Nichtteilnahme am Hilfeplangespräch gilt der Hilfeplan in der vorliegenden Fassung, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen nach Versand eine Rückmeldung erfolgt.

Mitteilungsblatt für den Fachdienst Finanzen (Wirtschaftliche Hilfe)
für teilstationäre Hilfen
Ab 01.01.2013

Name des Klienten			
Leistungsanbieter			
Mitarbeiter im Fachbereich Jugend		Telefon	
Nächstes geplantes Hilfeplangespräch			
Leistungsart		stationäre Leistung	teilstationäre Leistung

Urlaubstage – teilstationär

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

Urlaubstage – §§ 33 und 34 SGB VIII

Anzahl der Heimfahrten pro Monat zu Eltern oder Elternteilen (in der Regel 2 zusammenhängende Tage)		
Anzahl der Ferientage bei Eltern oder Elternteilen	im Zeitraum: _____	
Anzahl der Ferientage bei Eltern oder Elternteilen	im Zeitraum: _____	
Anzahl der Ferientage im sozialen Umfeld (Familie, Freunde)		
Anzahl der Ferientage in externen Ferienmaßnahmen (Ferienfahrten, die von anderen Institutionen angeboten werden)		

Datum	
Unterschrift des Mitarbeiters Sozialpädagogischer Dienst	