

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

Fachbereich Jugend AZ: .....

Ort und Datum des Hilfeplangesprächs: .....

Fachkraft im FB Jugend, E-Mail und ( : .....

Hilfeform: .....SGB VIII

Name des jungen Menschen: .....

Herkunftsland: ..... Sprache: .....

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: .....

.....

Vorabinfo (als Bestandteil des Hilfeplanes) lag vor dem Hilfeplangespräch vor: nein ja

Erhalten am: .....

Beim Hilfeplangespräch anwesende Personen (Name und Rolle): .....

.....

.....

.....

.....

.....

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

(Ergänzung zur Vorabinfo)

**aus Sicht des jungen Menschen:**

**aus Sicht der Eltern:**

**aus Sicht des Vormunds:**

**aus Sicht der Fachkraft des Leistungserbringers:**

**aus Sicht der Fachkraft des FB Jugend:**

**Folgerungen aus der Bewertung des Hilfeverlaufes:**

(Waren die formulierten Ziele angemessen? Wieviel von den formulierten Zielen konnten erreicht werden?)

**Ausgewählte Hilfe: §§..... SGB VIII**

**Nur ausfüllen, wenn die Hilfeform gewechselt hat!**

**Aktuelle Perspektiven und Ziele**

(Ergänzung zur Vorabinfo)

**aus Sicht des jungen Menschen:**

**aus Sicht der Eltern:**

**aus Sicht des Vormunds:**

**aus Sicht der Fachkraft des Leistungserbringers:**

**aus Sicht der Fachkraft des Fachbereich Jugend:**

**Ziel der Hilfe:**

--

**Zielvereinbarung und Aufgabenverteilung**

<p><b>Ziele</b> (Woran ist die Zielerreichung zu erkennen? Kriterien)</p>	<p><b>Handlungsschritte/Maßnahmen</b> (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

### Zeitraum der Hilfe

von: ..... bis: .....

Stundenumfang.....

### Datum und Ort des nächsten Hilfeplangesprächs

### 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	