

|  |  |
| --- | --- |
| SHIP - Schleswig-Holstein  Individuelle Planung | **Bericht zum Gesamtplan** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|   |

Name, Vorname

|  |
| --- |
|   |

geboren am

|  |
| --- |
|   |

aktuelle Anschrift

|  |
| --- |
|   |

ggf. rechtliche Betreuung |  |

|  |
| --- |
|   |

 Datum

|  |
| --- |
|   |

 Berichtszeitraum |

|  |
| --- |
| **Angaben zu meiner Hilfe**  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|   |

Leistungserbringer |
|

|  |
| --- |
|   |

vereinbarte Leistung/ Umfang |
|

|  |
| --- |
|   |

Abwesenheiten |
|

|  |
| --- |
|   |

Bezugsperson |

|  |
| --- |
|   |

Telefon |

|  |
| --- |
|   |

E-Mail |

|  |
| --- |
| **Das ist der Stand meiner Ziele.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ziel |
|  |   |
|  | Das ist der Stand zu diesem Ziel. |
|  |   |
|  | Das hilft mir. Das hindert mich.  |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Ziel |
|  |   |
|  | Das ist der Stand zu diesem Ziel. |
|  |   |
|  | Das hilft mir. Das hindert mich.  |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Ziel |
|  |   |
|  | Das ist der Stand zu diesem Ziel. |
|  |   |
|  | Das hilft mir. Das hindert mich.  |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Ziel |
|  |   |
|  | Das ist der Stand zu diesem Ziel. |
|  |   |
|  | Das hilft mir. Das hindert mich.  |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |
| --- |
| **Das ist der Stand der vereinbarten Tätigkeiten.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Vereinbarte Tätigkeit  |
|  |   |
|  | Das möchte ich dazu berichten. |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Vereinbarte Tätigkeit  |
|  |   |
|  | Das möchte ich dazu berichten. |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Vereinbarte Tätigkeit  |
|  |   |
|  | Das möchte ich dazu berichten. |
|  |   |
|  | Sichtweise des Leistungserbringers |
|  |   |
|  | Sichtweise weiterer Beteiligter |
|  |   |

|  |
| --- |
| **Wirkung meiner bisherigen Hilfe**  |
|  |
| Wie zufrieden bin ich mit der Hilfe?  |
|   |
| Das fällt mir jetzt leichter. |
|   |
| Das fällt mir noch schwer. |
|   |

|  |
| --- |
| **Ein Blick in die Zukunft**  |
|  |
| Das wünsche ich mir. Das will ich verändern. |
|   |
| Vorschlag des Leistungserbringers zum weiteren Vorgehen |
|   |
| Ergänzungen weiterer Beteiligter |
|   |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|  |
| Dies möchte ich noch berichten. |
|   |
| Dies möchte der Leistungserbringer noch berichten. |
|   |
| Dies möchten weitere Beteiligte noch berichten. |
|   |
|  |
| bitte auswählen bitte ausfüllen  |

**Diesem Bericht ist das Blatt „meine Möglichkeiten“ beigefügt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |
| Ort/ Datum |  | Leistungsberechtigte/r |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |
| Ort/ Datum |  | Leistungserbringer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |
| Ort/ Datum |  | bitte auswählen |

|  |
| --- |
| **Meine Möglichkeiten** |
|  |
| **Das kann ich selbst.** persönliche Ressourcen |
|  |
|   |
|  |
| **Diese Personen sind wichtig für mich.** Soziale Ressourcen |
|  |
|   |
|  |
| **Das kann ich auch nutzen.** Sozialraum - Ressourcen |
|  |
|   |
|  |
| **Das habe ich.** Materielle Ressourcen |
|  |
|   |