

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Basisbogen -

Name

AZ.:

Erstantrag

Folgeantrag

Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Familienstand

Anzahl und Alter der Kinder

Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Email

Bankverbindung: Kasse

Kto.-Nr.

BLZ

IHP für den Zeitraum von

bis

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person unter Beteiligung von

Für Rückfragen steht zur Verfügung

Name

Vorname

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Email

Gesetzliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person

Name

Vorname

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Email

Wirkungskreis

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

psychische Behinderung

Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10

Klartext:

Pflegestufe nach SGB XI:

Pflegestufe: „0“

I

II

III

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Vorliegende Arztberichte und Pflegegutachten beifügen)

Anmerkungen / Hinweise:

Individuelle Hilfeplanung des LVR -

ERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN

im Rahmen des Individuellen Hilfeplanes des Landschaftsverbandes Rheinland

Antragstellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

gesetzliche Betreuung

Ich habe einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe gestellt und hierfür einen Individuellen Hilfeplan erarbeitet.

Ich bin darüber informiert, dass dieser Hilfeplan in der regional zuständigen Hilfeplankonferenz (HPK) vorgestellt wird.

Mir wurde erklärt, dass die HPK ein fachkompetentes Gremium ist, welches überprüft, ob die im Hilfeplan dargestellten Maßnahmen erforderlich sind, um die von mir genannten Ziele zu erreichen. Außerdem wird dort geklärt, wie ich die erforderlichen Hilfen erhalten kann.

Grundsätzlich besteht die HPK aus folgenden Mitgliedern: Vertreter des überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträgers, des Gesundheitsamtes/der Behindertenkoordination, Vertreter von ambulanten und stationären Leistungsanbietern sowie entweder vom SPZ (Sozialpsychiatrisches Zentrum) oder der KoKoBe (Kordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit geistiger Behinderung).

Alle Mitglieder der HPK haben sich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Hilfeplan in der HPK unter Nennung meines Namens besprochen wird.

Ich möchte, dass mein Hilfeplan in der HPK nur in anonymisierter Form besprochen wird und Rückschlüsse auf meine Person nicht möglich sind.

Ich möchte an der Hilfeplankonferenz teilnehmen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort

Datum

Unterschrift der Antrag stellenden
bzw. zur Leistung berechtigten Person

Unterschrift gesetzliche Vertretung