

Bitte auswählen

für den Zeitraum vom bis

1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name Vorname
 Straße
 Postleitzahl Wohnort

Telefon
 geboren am Geburtsort

* Herkunftsregion

Beruf Staatsangehörigkeit

* Krankenkasse / * Geschäftsstelle

* Rentenversicherungsträger * Versicherungs-Nr.

* Andere Sozialleistungsträger
 * Nur ausfüllen, falls bekannt

Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson)

Name Verwandtschaftsstatus
 Straße Telefon
 Postleitzahl Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

- nein ja, und zwar:
 gesetzl. Betreuer
 Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name Vorname
 Straße Telefon
 Postleitzahl Wohnort

Wirkungs- / Aufgabenkreis des/der Betreuer/s oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellungsurkunde):

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Leistungen:

Gewohnt mit wem?:

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?

- ja nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich mündlich

wo:

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle / Person für die Teilhabeplanung benannt?

- ja nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

Vorrangige Behinderung:

- körperliche Behinderung
 geistige Behinderung
 seelische Behinderung
 Suchterkrankung

Zusätzliche begleitende Behinderung:

- körperliche Behinderung
 geistige Behinderung
 seelische Behinderung
 Suchterkrankung

ggf. Erläuterungen:

- noch kein sozialmedizinisches Gutachten vorhanden



3. Ziele von Herr/Frau

Bitte auswählen:

Wohnsituation

Arbeitssituation / Tagesstruktur

Aktueller Stand

Bitte wählen Sie aus

Bitte wählen Sie aus

Veränderungen im Planungszeitraum

Bitte wählen Sie aus

Bitte wählen Sie aus

Langfristig geplante Veränderungen

Bitte wählen Sie aus

Bitte wählen Sie aus

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

a) Übergreifende persönliche Situation:

b) Aktuelle Probleme der Teilhabe

Aus den Bereichen: Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

c) Unterstützung und Barrieren im Umfeld

Aus den Bereichen: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115).

d) Unterstützung oder Beeinträchtigung Beziehungen

Aus den Bereichen: Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Vorgesetzte (e330).

5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen:

a) Übergreifende persönliche Ziele:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:



10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur *

a) Ziele von Herrn / Frau:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten (☑) und Beeinträchtigungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Transportmittel benutzen (d 470) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Einzelaufgaben übernehmen (d 210) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Tägliche Routine durchführen (d 230) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Antrieb (b130 ff) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mit Stress und psych. Anforderungen umgehen können (d 240) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Aufmerksamkeit (b 140) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Entscheidungen treffen (d 177) |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Feinmotorischer Handgebrauch (d 440) | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430) |

f) Tätig im kommenden Jahr in:

Bezahlter Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

- in geschützter Tätigkeit
- auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- Erster Arbeitsmarkt
- Zuverdienst

Sonstiges:

Unbezahlter Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

- Versorgung von Angehörigen
- Praktikum
- Förderungsmaßnahme
- ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

**Kompetenzentwicklung,
Schulbildung / Berufsausbildung**

(Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

- Berufliche Weiter- oder Ausbildung
- Stärkung sozialer Kompetenz
- Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

(nur ausfüllen wenn andere Bereiche nicht zutreffen)

g) aktivierbare Hilfen im Umfeld

h) Vorgehen



11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

Angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot

12. Zeitlicher Umfang und Erbringung durch

Benennung: Einrichtung / Dienst / Mitarbeiter / Umfeldhilfen, Angabe in Minuten pro Woche. Bereiche Wohnen / Freizeit bzw. Arbeit / Tagesstruktur angeben

a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination

a)

b) Selbstversorgung / Wohnen

b)

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

c)

d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

d)

e) kompensatorische Leistungen der Grundpflege

e)

Nachtwache Bereitschaftsdienste Nachts



13. Bisherige Erfahrungen mit Hilfen

14. Ggf. abweichende Sichtweisen in Bezug auf aktuelle Situation, Ziele, Bedarf und Hilfen beschreiben, Kompromissbildung skizzieren:

15. Federführend bei der Erstellung des Teilhabeplans ist:

Name Vorname
Am Teilhabeplan hat mitgewirkt:

Die Erstellung des Teilhabeplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

- a) mit der nachfragenden Person ja nein
 b) mit dem gesetzlichen Betreuer ja nein
 c) und Einbeziehung der Angehörigen ja nein

entfällt

16. Weitere zur Teilhabeplanung genutzte Bögen / Instrumente / Gutachten

Bitte angeben:

Datum, Ersteller:

17. Vereinbarung zur Koordinierung des Teilhabeplans

Koordinierende Bezugsperson:

Name Telefon
Anschrift

Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart: ja nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

Vertretung:

Name Telefon
Anschrift

18. Unterschriften

Datum Nachfragende Person ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in

Koordinierende Bezugsperson



19. Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung

Sie haben mit Ihrer Bezugsperson eine Teilhabeplanung (IHP, IBRP, ITP Hessen) erstellt. In dieser Teilhabeplanung werden Ihre Ziele sowie die Hilfen beschrieben, die Sie benötigen. Wir möchten gerne, dass Sie die Unterstützung so erhalten, wie es für Sie am besten ist. Deshalb berät der LWV mit einigen anderen Fachleuten aus Ihrer Region in der Teilhabekonferenz über Ihre Teilhabeplanung. Wir begrüßen es sehr, wenn Sie selbst auch an diesem Gespräch teilnehmen.

Damit wir uns Gedanken zu Ihrer Situation und der richtigen Unterstützung machen können, müssen die Mitglieder der Teilhabekonferenz Ihre Teilhabeplanung kennen. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Dazu haben sich alle Beteiligten schriftlich verpflichtet. Die wesentlichen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen haben wir für Sie auf der Seite 8 zusammengefasst.

Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift zuzustimmen, dass Ihre Teilhabeplanung den unten genannten Personen zur Kenntnis gegeben werden und dass in der Teilhabekonferenz darüber beraten wird.

Ihre Teilhabeplanung wird im Rahmen der regionalen Teilhabekonferenzen folgenden Diensten/Personen* zur Verfügung gestellt: (* im Urlaubs- oder Krankheitsfall erfolgt eine Vertretung)

Es ist Ihnen auch möglich, Ihre Teilhabeplanung ohne Nennung Ihres Namens in der Teilhabekonferenz besprechen zu lassen.

- Ich bitte um Beratung meiner Teilhabeplanung in der Teilhabekonferenz ohne Nennung meines Namens.
- Ich bin mit der Weitergabe meiner in der Teilhabeplanung erhobenen Daten an Andere als den Ersteller und den LWV Hessen nicht einverstanden. Mir ist bewusst, dass dies nicht zu einer Versagung der mir nach dem Gesetz zustehenden Ansprüche führt, jedoch eine Verzögerung in der weiteren Bearbeitung zur Folge haben kann.

Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen der Teilhabeplanung wurde ich informiert. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Teilhabeplanung erforderlichen Daten vom LWV Hessen erhoben, gespeichert und an die für die Leistungserbringung zuständigen Stellen weitergegeben werden.

Hiermit entbinde ich widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung der Teilhabeplanung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen der Teilhabeplanung an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Beratung der Teilhabeplanung und der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und zu diesem Zweck obenstehend benannt werden.

Ich bin über meine Rechte nach §§ 83, 84 SGB X informiert und darüber, dass ich die Einwilligung zur Übermittlung der Daten jederzeit - ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen kann.

Ich und/oder mein/e gesetzliche/r Betreuer/in werde/n an der Teilhabekonferenz teilnehmen.

Datum

Unterschrift/Nachfragende Person

Unterschrift/Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in



Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz

Gemäß § 35 Abs. 1 SGB I hat jeder Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 SGB X) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis).

Gemäß § 67 Abs. 1 SGB X sind Sozialdaten Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Gemäß § 67 a SGB X ist das Erheben von Sozialdaten durch die maßgeblichen Stellen nur zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach dem SGB X erforderlich ist. Das heißt, es dürfen nur die Daten beim Betroffenen erhoben werden, die tatsächlich zur Leistungsgewährung erforderlich sind.

Dabei sind Sozialdaten grundsätzlich beim Betroffenen zu erheben. Sofern Sozialdaten nicht beim Betroffenen erhoben werden, ist dieser, sofern er nicht bereits auf andere Weise Kenntnis erlangt hat, über die Zweckbestimmung der Erhebung, der Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle zu unterrichten.

Des Weiteren dürfen Sozialdaten ohne Mitwirkung des Betroffenen nur gemäß § 67 a Abs. 2 Satz 2 SGB X erhoben werden.

Gemäß § 67 d Abs. 1 SGB X ist eine Übermittlung von Sozialdaten nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68 - 77 SGB X oder nach einer anderen Rechtsvorschrift des SGB vorliegt. Gemäß § 67 d Abs. 2 SGB X trägt die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung die übermittelnde Stelle.

Die Rechte des Einzelnen richten sich nach den §§ 81 ff. SGB X. Dort ist geregelt, dass sich jeder Betroffene, sofern er sich in seinen Rechten betreffend des Sozialdatenschutzes verletzt fühlt, an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz oder an den nach Landesrecht zuständigen Datenschutzbeauftragten wenden kann.

Gemäß § 83 Abs. 1 SGB X ist den Betroffenen auf Antrag Auskunft zu erteilen:

1. über die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten, auch soweit sie sich auf die Herkunft dieser Daten beziehen,
2. die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die Daten weitergegeben werden und
3. den Zweck der Speicherung.

Ein solcher Antrag soll üblicherweise die Art der Sozialdaten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher bezeichnen.

Des Weiteren hat der Betroffene ggf. ein Anspruch auf Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten sowie ein Widerspruchsrecht im Sinne des § 84 SGB X. Sozialdaten sind danach zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind.

Außerdem sind Sozialdaten zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig ist. Sozialdaten sind auch zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle zur rechtmäßigen Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen beeinträchtigt werden.

Gemäß § 84 Abs. 1 a SGB X in Verbindung mit § 20 Abs. 5 Bundesdatenschutzgesetz dürfen Sozialdaten nicht für eine automatisierte Verarbeitung oder Verarbeitung in nicht automatisierten Dateien erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, soweit der Betroffene dieser bei der verantwortlichen Stelle widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse der verantwortlichen Stelle an dieser Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Dies gilt nicht, wenn eine Rechtsvorschrift zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung verpflichtet.

Dies bedeutet, dass im Falle des Widerspruches gegen die Übermittlung der Daten zunächst geprüft werden muss, ob eine Rechtsvorschrift die Übermittlung im speziellen Fall erlaubt. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre zu prüfen, ob das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation dem Interesse der verantwortlichen Stelle an der Verarbeitung bzw. Übermittlung überwiegt.



Aktenzeichen LWV:

20. Überprüfung des ITP vom bis

a) Im Bereich übergreifende persönliche Ziele

Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>
Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>

b) Im Bereich Selbstversorgung / Wohnen

Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>
Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>

c) Im Bereich Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur

Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>
Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>

d) Im Bereich Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>
Ziel:	<input type="text"/>		Indikator:	<input type="text"/>	
Ziel wurde:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Ziel soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>	Indikator soll:	Bitte wählen Sie aus: <input type="text"/>

Bei der Bewertung wurden folgende Informationsquellen berücksichtigt:

- Informationen der nachfragenden Person
- Informationen von betreuenden / begleitenden Mitarbeitern
- Informationen von gesetzl. Betreuer / Angehörigen
- Informationen aus schriftlichen Akten / Dokumenten

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.



21. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Bitte hier ggf. Zusatzinformationen eintragen, falls mehr Platz benötigt wird....



Bogen ZE Version: V 2.6 (zur Zeiteinschätzung ITP-Hessen)

Name des Klienten:	
Geschäftszeichen des LWV	
Gültigkeit von / bis:	

ITP / ZE Bemerkungen:
(z.B. abweichende Einschätzung zu Seite 5)

Lebensbereiche	Lebensbereich 1 "Selbstsorge / Wohnen / Freizeit"		Lebensbereich 2 "Arbeit / Tagesstruktur" (i.d.R. an 220 Tagen im Jahr von 8:00 bis 16:00 Uhr)		
	Leistung im Lebensbereich 1	1. Mittelung	Hauptleistung im Lebensbereich 2	Ergänzende Leistung im Lebensbereich 2	Leistungen vom Lebensbereich 1 in der Zeit des Lebensbereich 2
Leistungsbereiche	Eingabe in Min / Woche	1. Mittelung	Eingabe in Min / Woche	Eingabe in Min / Woche	Eingabe in Min / Woche
Basisbetrag wird festgelegt für folgende Bereiche: z.B. Stationäres Wohnen, Betreutes Wohnen im Lebensbereich 1 oder Tagesstätte, Hilfe zur Gestaltung des Tages oder Werkstatt für Menschen mit Behinderung im Lebensbereich 2					
Übergreifende persönliche Ziele (inkl. Koordination)		0			0
Selbstversorgung / Wohnen		0			0
Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur		0			0
Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben		0			0
Kompensatorische Leistungen der Grundpflege		0			0
freier Leistungsbereich (z.B. Nachtbetreuung im Lebensbereich 1)		0			0
Summe der Einzelwerte	0	0	0	0	0
Ergebnis der 2. Mittelung	0%	0	0%	0%	0
Festlegung der HPK zur Aufteilung der Vergütung der Lebensbereiche		0			0

Zugeordnete Leistungsgruppe (LG 1 bis LG 7) bzw. bei Leistungsstufe LS U1 und bei Leistungsstufe 7+ gilt das Ergebnis der 1. Mittelung (braunes Ergebnissfeld)

Bitte nur auf den gelben Feldern Werte eintragen!

Folgende 3 Prinzipien sind bei der wirkungsorientierten, kompetenten Einschätzung (Quantifizierung) der notwendigen Leistungen für Menschen mit Behinderungen zu beachten:

1. Die Leistungen werden (außer im "betreuten Wohnen") grundsätzlich nach einem Zeitschienenschema einem der beiden Lebensbereiche "Selbstsorge /Wohnen /Freizeit" bzw. "Arbeit /Tagesstruktur" und dort jeweils nach dem Finalitätsprinzip zugeordnet. (siehe Darstellung "Zeitschiene")
2. Finalitätsprinzip (Zuordnung entsprechend der Zielsetzung der individuell geplanten Eingliederungshilfeleistungen in die entsprechenden funktionalen Leistungsbereich, siehe oben "Leistungsbereiche")
3. Prinzip der doppelten Mittelung (Die in den einzelnen Leistungsbereichen zugeordneten geplanten Leistungszeiten werden summiert und je Leistungsbereich nach unten stehenden Schema (siehe Darstellung "Zuordnungsstufen") gemittelt. Die Ergebnisse der Leistungsbereiche werden je Lebensbereiche "Selbstsorge /Wohnen /Freizeit" bzw. "Arbeit /Tagesstruktur" summiert und nochmals entsprechend dem Schema gemittelt. Das Ergebnis wird einer Leistungsstufe bzw. - gruppe zugeordnet (siehe Darstellung "Zuordnungsstufen").

Darstellung Zuordnungsstufen / Alle Angaben in geplanten Minuten je Woche und Bereich				Zeitschiene der Zuordnung der Leistungen außer im betreuten Wohnen	
Zuordnungsstufe der tatsächlich geplanten Minuten	von Minimumwert	bis Maximumwert	Mittelwert	Montag bis Freitag an 220 Werktagen im Jahr	Samstag, Sonntag, Feiertage und an den Urlaubstagen
1. Zuordnungsstufe	0	7	0	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
2. Zuordnungsstufe	8	11	10	Lebensbereich 2	Lebensbereich 1
3. Zuordnungsstufe	12	16	14	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
4. Zuordnungsstufe	17	23	20	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
5. Zuordnungsstufe	24	33	28	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
6. Zuordnungsstufe	34	47	40	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
7. Zuordnungsstufe	48	67	57	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
8. Zuordnungsstufe	68	95	80	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
9. Zuordnungsstufe	96	135	113	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
10. Zuordnungsstufe	136	190	160	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
11. Zuordnungsstufe	191	269	226	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
12. Zuordnungsstufe	270	380	320	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
13. Zuordnungsstufe	381	538	452	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
14. Zuordnungsstufe	539	761	640	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
15. Zuordnungsstufe	762	1076	905	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1

Diese Gruppen werden "Leistungsgruppen" (LG) bzw. "Leistungsstufen" (LS) genannt. Diese Einteilung erfolgt in sieben Leistungsgruppen und zwei zusätzlichen Leistungsstufen. Für diese Einteilung in Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs je Bereich (Wohnen / Freizeit bzw. Arbeit / Tagesstruktur) werden folgende Werte vereinbart:

Darstellung	von - bis	mittlerer Zeitwert
Leistungsgruppe/-stufe unter 8 Minuten geplante Hilfe in der Woche	geplante Minuten pro Woche	geplante Minuten pro Woche
Leistungsstufe U1	8 - 95	keine Leistungen
Leistungsgruppe 1	96 - 135	Ist-Wert des Klienten
Leistungsgruppe 2	136 - 190	113
Leistungsgruppe 3	191 - 269	160
Leistungsgruppe 4	270 - 380	226
Leistungsgruppe 5	381 - 538	320
Leistungsgruppe 6	539 - 761	452
Leistungsgruppe 7	762 - 1076	640
Leistungsstufe 7+	über 1076	905
		Ist-Wert des Klienten