

Individuelle Bedarfsermittlung

- Element Basisdaten

Name Ermitt, Beda **01.01.2001** **GP-Nr./Az.** 3025049

BEI_NRW für den Zeitraum vom 18.07.2025 bis 17.07.2027

Art der Bedarfsermittlung

Leistungssuchende oder leistungsberechtigte Person

Name	<input type="text" value="Ermitt"/>
Geburtsname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text" value="Beda"/>
Titel	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text" value="01.01.2001"/>
Geschlecht	<input type="text" value="weiblich"/>
Nationalität	<input type="text" value="Deutschland"/>
Beruf	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text" value="geschieden"/>
GP-Nummer/Az	<input type="text" value="3025049"/>
Anzahl und Alter der Kinder	<input type="text" value="0"/>
Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt	<input type="text" value="0"/>
Straße	<input type="text" value="Bedarfsermittlungs-Str."/>
Hausnummer	<input type="text" value="123"/>
Postleitzahl	<input type="text" value="48161"/>
Ort	<input type="text" value="Münster"/>
Telefon	<input type="text" value="0251 xxx xxx"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text" value="beda.ermitt@leistungsberechtigte.de"/>

Erstellt von der leistungssuchenden oder leistungsberechtigten Person mit Behinderung unter Beteiligung von	Kim Ermitt (Schwester), Fabian Fachkraft (FAB Montage 1, WfbM TalentWerk), Talia Teilhabeplanung (LWL-Inklusionsamt Arbeit)
unter Verwendung der Hilfsmittel	keine Hilfsmittelverwendung

Rückfragen bitte an

1. Person

Name	Teilhabeplanung
Vorname	Talia
Straße	Inklusionsamt-Str. 456
Postleitzahl	48147
Ort	Münster
Institution	LWL-Inklusionsamt Arbeit
Telefon	0251 591 xxxx
Fax	0251 591 5998
E-Mail	talia.teilhabeplanung@lwl.org

Rechtliche Vertretung

Rechtliche Betreuung bzw.
bevollmächtigte Person
vorhanden ja
 nein

Bestellurkunde oder Vollmacht bitte beifügen.

Name	Betreuer
Vorname	Benno
Straße	Betreuerstr. 123
Postleitzahl	48147
Ort	Münster
Telefon	0251 xxx xxx xx
Fax	0251 xxx xxx xx
E-Mail	betreuungsdummy@betreuungsdummy.de

- Wirkungskreise
- Vermögenssorge
 - Aufenthaltsbestimmung
 - Gesundheitsvorsorge

- Wirkungskreise
- Wohnungsangelegenheiten
 - Behörden- und Gerichtsangelegenheiten
 - Postkontrolle (per gerichtlicher Anordnung)
 - Einwilligungsvorbehalt
 - keine Angabe

Bisherige Unterstützung

- Bisherige Unterstützung
- Familienangehörige
 - Familienunterstützender Dienst

Schule, Ausbildung, Studium und Beruf

Schule	Sonnentalschule Lindfurth
	<input checked="" type="checkbox"/> Schule mit Förderschwerpunkten
Förderschwerpunkte	• Geistige Entwicklung
Abschluss Schulbildung	Abschluss des Bildungsganges im FS Geistige Entwicklung
Berufsausbildung	
Abschluss Berufsausbildung	Kein Ausbildungsabschluss
Hochschulausbildung	
Abschluss Hochschulausbildung	
Zuletzt bzw. aktuell ausgeübte Tätigkeit	Schülerin
Arbeits-/berufsfördernde Maßnahmen (z.B. BVB)	BvB, DIA-AM, UB (Unterstützte Beschäftigung)

Fachärztliche Anbindung

Keine fachärztliche Anbindung

Gerichtsbeschluss zur Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß § 1906 BGB

Beschluss liegt vor

ja

nein

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung

Aktuelle Arztberichte bitte beifügen.

- Festgestellte Behinderungen
- Geistige Behinderung
 - Körperliche Behinderung
 - Seelische Behinderung
 - Sinnesbeeinträchtigung

Diagnose(n) nach ICD-10

- F84.0 Frühkindlicher Autismus
- F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung

Klartext der Diagnosen

Vorhandene Hilfsmittelversorgung

Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)

Aktuelle Anerkennungsbescheide bitte beifügen.

- Vorliegende Schädigung
- Opferentschädigungsgesetz (OEG)
 - Bundesversorgungsgesetz (BVG) / Häftlingshilfegesetz (HHG)
 - Infektionsschutzgesetz (IFSG)
 - Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrafRehaG) /
Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VerwRehaG)

Schwerbehinderung

Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX

Art der Feststellung

- unbefristet
- befristet

gültig bis

Merkzeichen

Feststellungsbescheid des Amtes für soziale Angelegenheiten (vormals Versorgungsamt) bitte beifügen.

Rechtliche Hinweise und Unterschriften

- Ich wurde darüber informiert, dass ich die Leistungen auch in Form eines persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann

- Ich beantrage sozialhilferechtliche Leistungen als Persönliches Budget
- nein
 - teilweise
 - vollständig

Als Persönliches Budget beantragte Leistungen

Anmerkung:

Eine Erklärung in leichter Sprache zu dem Persönlichen Budget als Persönliches Geld befindet sich im

Anhang zu diesem Bogensatz.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Bedarfsermittlung des Landschaftsverbandes erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes verwendet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass mit meiner Zustimmung der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtplankonferenz gemäß § 143 SGB XII durchführen kann.

Ich habe davon Kenntnis, dass der Landschaftsverband seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß §§ 14 und 15 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die oben geforderten Unterlagen zur weiteren Bearbeitung des Antrages auf Leistungen ergänzend vorzulegen sind. (Rechtsverweis im Anhang beigelegt)

Wichtiger Hinweis:

Ist das Einholen eines medizinischen Gutachtens erforderlich, kann der Landschaftsverband eine Begutachtung beauftragen. Dazu ist eine Schweigepflichtentbindung abzugeben. Bitte das Formular im Anhang ausfüllen und unterschrieben an den Landschaftsverband einsenden.

Empfehlung und Hinweise

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Unterschrift rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person

Übersicht Leistungen

Leistungen des Trägers der Eingliederungshilfe und anderer Leistungsträger sowie Leistungen im Sozialraum

Einsatz der Leistungen der Gesetzlichen und Privaten Pflegeversicherung gemäß SGB XI

Leistungsträger	<input type="text" value="Name Pflegekasse"/>
Leistungen werden eingesetzt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Pflegegrad	<input type="text" value="Begutachtet mit dem Ergebnis, dass ein Pflegegrad 2 vorliegt"/>
Leistung	• Angebote zur Unterstützung im Alltag oder im Haushalt, § 45a SGB XI
Angebote zur Unterstützung im Alltag oder im Haushalt, § 45a SGB XI	<input type="text" value="Bewilligt"/>

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX

Leistung

Leistungen nach § 57 SGB IX (Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich)

Leistungsträger	<input type="text" value="Agentur für Arbeit Name Ort"/>
Leistung	• Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen • Eingangsverfahren eines Anderen Leistungsanbieters
Eingangsverfahren eines Anderen Leistungsanbieters	<input type="text" value="Frühere Leistungen"/>
Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="text" value="Frühere Leistungen"/>

Leistungen nach § 58 SGB IX (Arbeitsbereich)

Leistungsträger

Leistung • Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen

Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen

Leistungen nach § 61 und 61a SGB IX (Budget für Arbeit bzw. Budget für Ausbildung)

Leistung • Budget für Arbeit
• Budget für Ausbildung

Budget für Arbeit

Budget für Ausbildung

Konkrete Angaben zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Arbeitsbereich (§ 58 SGB IX) in WfbM oder Leistungen bei anderen Leistungsanbietern (§ 60 SGB IX)

Herkunft vor der WfbM/ vor Anderen Leistungsanbietern • Schule

Qualifizierungsbausteine wurden absolviert

Absolvierte Qualifizierungsbausteine • Hauswirtschaft / Reinigung

Berufserfahrung

Rückkehrer ja
 nein
 nicht bekannt

Werkstatt für behinderte Menschen zur Zeit

Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM oder beim anderen Leistungsanbieter (gem. §§ 3 bis 5 WVO)

Beginn Eingangsverfahren

Beendigung Eingangsverfahren

Verkürzung Eingangsverfahren

Gründe für die Verkürzung

Ergebnis des Eingangsverfahrens

Beginn Berufsbildungsbereich

Beendigung Berufsbildungsbereich

Verkürzung Berufsbildungsmaßnahme

Gründe für die Verkürzung

Ergebnis der Berufsbildungsmaßnahme

Beginn Arbeitsbereich

Beendigung Arbeitsbereich

Ergebnis des Arbeitsbereichs

Hilfebedarfsgruppe Leistungstyp 25

Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM oder beim anderen Leistungsanbieter (gem. §§ 3 bis 5 WVO)

WfbM-Jobcoaching ja
 nein

Ausgelagerter Außenarbeitsplatz ja
 nein

Übergangspotential allgemeiner Arbeitsmarkt ja
 nein

Beschäftigungszeiten in der WfbM oder beim anderen Leistungsanbieter (gem. § 6 WVO)

Beschäftigungszeiten Vollzeitbeschäftigung
 Teilzeitbeschäftigung
 wird ermittelt

Teilzeitform

Wochenstunden

Arbeitstage pro Woche

WfbM-Jobsharing ja
 nein

Beförderung zur WfbM oder zum anderen Leistungsanbieter (gem. § 8 Abs. 4 WVO)

Fahrtkosten ja
 nein

Anzahl Tage pro Woche mit
Fahrtkosten

Fahrtkosten Hinweg Rückweg

Art der Fahrtkosten • Fahrdienst und Sonderfahrten

Fahrdienst und Sonderfahrten

Begleitperson erforderlich

Ergänzende Informationen zu den Leistungen

Anmerkungen, Hinweise

Empfehlung zur Antragstellung auf Feststellung des Leistungsanspruchs bei anderen Leistungsträgern

Empfehlung erfolgt auf
Grundlage

Empfehlung zur Antragstellung