

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 Erstbedarfsermittlung

Leistungssuchende oder leistungsberechtigte Person

Name	Ermitt
Geburtsname	
Vorname	Beda
Titel	
Geburtsdatum	01.01.2001
Geschlecht	weiblich
Nationalität	Deutschland
Beruf	
Familienstand	geschieden
GP-Nummer/Az	3025049
Anzahl und Alter der Kinder	0
Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt	0
Straße	Bedarfsermittlungs-Str.
Hausnummer	123
Postleitzahl	48161
Ort	Münster
Telefon	0251 xxx xxx
Fax	
E-Mail	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
 - Gesundheitssorge

- 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

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

G, B

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 beigefügt)

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	Name Pflegekasse
-----------------	------------------

Leistungen werden eingesetzt? ja

nein

Pflegegrad	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	Bewilligt
---	-----------

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX

Leistung

Leistungen nach § 57 SGB IX (Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich)

Leistungsträger	Agentur für Arbeit Name Ort
-----------------	-----------------------------

Leistung • Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen
• Eingangsverfahren eines Anderen Leistungsanbieters

Eingangsverfahren eines Anderen Leistungsanbieters	Frühere Leistungen
--	--------------------

Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen	Frühere Leistungen
---	--------------------

Leistungen nach § 58 SGB IX (Arbeitsbereich)

Leistungsträger LWL-Inklusionsamt-Arbeit

Leistung • Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen

Arbeitsbereich einer Werkstatt
für behinderte Menschen

Bewilligt

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

Leistung • Budget für Arbeit
• Budget für Ausbildung

Budget für Arbeit Nicht beantragt oder nicht verordnet

Budget für Ausbildung Nicht beantragt oder nicht verordnet

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 • Schule
Anderen Leistungsanbietern

Qualifizierungsbausteine wurden absolviert

Absolvierte • Hauswirtschaft / Reinigung
Qualifizierungsbausteine

Berufserfahrung Keine

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 18.12.2023

Beendigung Eingangsverfahren 17.01.2024

	<input checked="" type="checkbox"/> Verkürzung Eingangsverfahren
Gründe für die Verkürzung	Teilnahme DIA-AM
Ergebnis des Eingangsverfahrens	Übergang Berufsbildungsbereich (BBB)
Beginn Berufsbildungsbereich	18.01.2024
Beendigung Berufsbildungsbereich	17.07.2025
	<input checked="" type="checkbox"/> Verkürzung Berufsbildungsmaßnahme
Gründe für die Verkürzung	Teilnahme UB
Ergebnis der Berufsbildungsmaßnahme	Übergang Arbeitsbereich (AB)
Beginn Arbeitsbereich	18.07.2025
Beendigung Arbeitsbereich	
Ergebnis des Arbeitsbereichs	
Hilfebedarfsgruppe Leistungstyp 25	HBG I

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	<input type="radio"/> Vollzeitbeschäftigung <input checked="" type="radio"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="radio"/> wird ermittelt
Teilzeitform	Teilzeit behinderungsbedingt
Wochenstunden	22,5
Arbeitstage pro Woche	5
WfbM-Jobsharing	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

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

Fahrtkosten ja

nein

Anzahl Tage pro Woche mit
Fahrtkosten

5

Fahrtkosten Hinweg Rückweg

Art der Fahrtkosten • Fahrerdienst und Sonderfahrten

Fahrerdienst und Sonderfahrten Hinweg Gruppenbeförderung, Rückweg Sonderfahrt

Begleitperson erforderlich

Ergänzende Informationen zu den Leistungen

Anmerkungen, Hinweise

Empfehlung zur Antragstellung auf Feststellung des Leistungsanspruchs bei anderen Leistungsträgern

Empfehlung erfolgt auf Bedarfsermittlungsgespräch
Grundlage

Empfehlung zur Antragstellung besondere Wohnform