

Landkreis Aurich Sozialamt Fräuleinshof 3 26506 Norden

Ihr Zeichen	Mein Zeichen		Datum			
1. Grunddaten						
Name, Vorname (leistungsberechtigte P	erson)	Geburtsdatum				
Anschrift		Telefonnummer/E-Mail				
Leistungsart/Leistungsform		Beginn der Leistung				
Dokumentierter Hilfezeitraum		Leistungsumfang (FLST/LBG)				
2. Sonstige Angaben*						
Schwerbehindertenausweis						
Grad der Behinderung	Merkzeichen		Befristet bis			
Pflegegrad	Krankenkasse (mit /	Anschrift)				
☐ keine Einstufung						
□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5						
Gesetzlicher Betreuer/in; Vormund/in; Pflegeeltern						
Name, Vorname		Anschrift				
Telefon		E-Mail				
Sonstige Bemerkungen*						



3. Zielerreichung*

Ziel laut Zielplanung des Eingliederungshilfeträgers	Zielerreichung	Betroffene Lebensbereiche
	☐ erreicht	
	nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
	☐ erreicht	
	☐ nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
	☐ erreicht	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
	☐ nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
	☐ erreicht	□1□2□3□4□5
	☐ nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
	☐ erreicht	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
	☐ nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
	☐ erreicht	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
	nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
	☐ erreicht	
	nicht erreicht	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
	☐ teilweise	
	erreicht	
☐ Entwicklungs-/Veränderungsziel		
☐ Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		

^{*}Hinweis: Diese Seite ist nur auszufüllen, wenn Sie eine Zielvereinbarung des Landkreises Aurich vorliegen haben



4. Beschreibung der Entwicklung anhand der Lebensbereiche (mit Bezug zu den Zielen)

4. Describing der Entwicklung dinitalitä der Eestensstereiter (nitt bezug zu den Zielen)
1 Lernen und Wissensanwendung
2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
27 mgcmeme 7 mgusen unu 7 morder ungen
3 Kommunikation
A A A - L-Maria
4 Mobilität
5 Selbstversorgung
6 Häusliches Leben
7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
8 Bedeutende Lebensbereiche
9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
,



5. Situationsbeschr	eibung (aktuelle S	Situation), z.B. Unterbrechung d	urch Klinik/Therapie, Berichte, Gutachten, etc.
6. Besondere Wüns	che des Antragsto	ellers (Wunsch- und Wahlrecht ı	nach § 8 SGB IX)
7. Weiterführung d	er Maßnahme		
Ich wünsche die	<u>Begründung:</u>		
☐ Fortführung			
☐ Beendigung			
der bestehenden Hilfe			
	Ggf. angepasste	r Hilfeumfang:	
Ort		Datum	
Unterschrift Bezugsbetro	euer/in	Einrichtung	
Dar Dariaht wurde mit m	air bacarachan.		
Der Bericht wurde mit m	iii besprochen:		
Unterschrift Klient/in,			
Vormund/in, Erziehungs	berechtigte/r		