

	Planungszeitraum vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
<p><b>1. Sozialdaten</b></p> <p>Nachfragende Person:</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name, Vorname	<p>Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson):</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name (Verwandtschafts-)status
<input style="width: 100%;" type="text"/> Straße	Adresse, Telefon, ggf. E-Mail: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> Postleitzahl Wohnort	<p><b>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja, und zwar:</span>
<input style="width: 100%;" type="text"/> E-Mail	<span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Bevollmächtigung</span>
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> Telefon	<p><b>Wenn ja:</b></p> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name Vorname
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> geboren am Geburtsort	Adresse, Telefon, ggf. E-Mail / ggf. Betreuungsverein: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/> Schulbildung	<p><b>Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):</b></p> <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> Beruf Staatsangehörigkeit	
<input style="width: 100%;" type="text"/> Aktenzeichen	
<p><b>Familienstand / Kinder / Situation:</b></p> <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	

<p><b>2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation</b></p>	
<p>In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z. B. Wohnsituation mit Angehörigen):</p> <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<p>Die Abstimmung ist bisher erfolgt (ggf. mehrfach ankreuzen):</p> <input type="checkbox"/> schriftlich <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> mündlich</span> <input type="checkbox"/> in Gesamtplankonferenzen
<p>Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?</p> <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>	<p>Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:</p> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
<p>Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:</p> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<p>War eine koordinierende Stelle / Person für die Planung benannt?</p> <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
<p><b>Behinderung aufgrund:</b></p> <input type="checkbox"/> körperlicher Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> seelischer Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> geistiger Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Sinne <input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkrankung	<p><b>Zusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:</b></p> <input type="checkbox"/> körperlicher Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> seelischer Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> geistiger Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Sinne <input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkrankung
<input type="checkbox"/> GdB vorhanden, Umfang: <input style="width: 50px;" type="text"/> Merkzeichen: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<p><b>Ggf. Erläuterungen</b> (z. B. Diagnosen / Datum):</p> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhanden	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB V <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB VIII</span>	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad: <input style="width: 30px;" type="text"/> )	

ITP Mecklenburg-Vorpommern 2020, Version 2.1

**3. Ziele von** Herr/Frau

Bitte auswählen:

	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen im Planungszeitraum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langfristig geplante Veränderungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren**

folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

**4.1 Übergreifende persönliche Situation:**

**4.2 Aktuelle Probleme der Teilhabe:**

**4.3 Ressourcen und Barrieren im Umfeld aus den**

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

**4.4 Ressourcen oder Beeinträchtigung Beziehungen aus**

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

**5. Vereinbarte Zielbereiche:**

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

**a) Übergreifende persönliche Ziele:**

Ziel 1a:

Anzeiger 1a:

Ziel 2a:

Anzeiger 2a:

**b) Selbstversorgung / Wohnen:**

Ziel 1b:

Anzeiger 1b:

Ziel 2b:

Anzeiger 2b:

**c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:**

Ziel 1c:

Anzeiger 1c:

Ziel 2c:

Anzeiger 2c:

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

Ziel 1d:

Anzeiger 1d:

Ziel 2d:

Anzeiger 2d:



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

**a) Ziele von Herrn / Frau:**

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

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

**c) konkrete Ziele und Anzeiger im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Tägliche Routine durchführen (d 230)
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Antrieb (b 130)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Aufmerksamkeit (b 140)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Probleme lösen (d 175)
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Impulskontrolle (b 1304)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Kommunikation (d 310, d 330)
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Emotionales Erleben (b 152)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Formelle Beziehungen Arbeit (d 740)

**f) Tätig im Planungszeitraum:**

**Bezahlte Tätigkeit**

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

2. Arbeitsmarkt    Erster Arbeitsmarkt mit Begleitung    Erster Arbeitsmarkt
- Sonstiges / Erläuterungen:

**Unbezahlte Tätigkeit**

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

- Versorgung von Angehörigen / Kindern    Ehrenamtliche Tätigkeit    Praktikum
- Sonstiges / Erläuterungen:

**Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung**

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 / oder Planung Budget für Arbeit**

**g) aktivierbare Hilfen im Umfeld**

**h) Vorgehen**

**11. Vorgehen hinsichtlich befähigender Leistungen in Bezug auf die Bereiche:**

(Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

**a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination**

Ziel 1a:

Ziel 2a:

Vorgehen:

**b) Selbstversorgung / Wohnen**

Ziel 1b:

Ziel 2b:

Vorgehen:

**c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung**

Ziel 1c:

Ziel 2c:

Vorgehen:

**d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

Ziel 1d:

Ziel 2d:

Vorgehen:

**12. Erbringung durch:**

Benennung: Basismodul / Dienst / Fachkraft / selbständig (mit Assistenz)

**a)**

  
  


**b)**

  
  


**c)**

  
  


**d)**

  
  


**13. Einschätzung des zeitlichen Umfangs**

(Zyklus, Höhe des Aufwands)

**a) Zyklus:**  **a) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

**b) Zyklus:**  **b) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

**c) Zyklus:**  **c) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

**d) Zyklus:**  **d) Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

**Fachleistung**  
Std. / Summe:

**Ersetzende Leistungen / Grundversorgungsleistungen:**

**Zyklus:**  **Intensität:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Basismodul:

**LRV-Leistung**  
Std. / Summe:

**Pflegerische Unterstützung** (siehe ggf. auch Zusatzbogen PU)

Pflegegrad:

**LRV-Leistung**  
Std. / Summe:

**Präsenzleistung tagsüber** (Bitte auswählen):

Stunden

**LRV-Leistung**  
Std. / Summe:

**Präsenzleistung nachts** (Bitte auswählen):

Stunden

**Leistungen der Beförderung:**

**LRV-Leistung**  
Std. / Summe:

**14. Bisherige Erfahrungen / andere Sichtweisen der leistungsberechtigten Person mit Hilfen:**

**15. Andere Sichtweisen skizzieren von**  **Fachkräften**  **Angehörigen**  **Vertrauenspersonen:**

**16. Erstellung und Koordination des ITP**

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Datum, Fachkraft EGH:

**Koordinierende Bezugsperson der EGH:**

Name

Telefon

Anschrift

**Vertretung:**

Name

Telefon

Anschrift

Zum Wunsch- und Wahlrecht Persönliches Budget wurde beraten.

**Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung**

Derjenige der Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Er hat auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Werden diese Mitwirkungspflichten verletzt, kann der Sozialleistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

Alle gemachten Angaben in diesem ITP dienen der Planung der Teilhabeleistungen für den Vereinbarungszeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

**17. Erklärung der leistungsberechtigten Person**

Ich wünsche eine Gesamtplankonferenz.

Die im ITP formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen

werden von mir unterstützt

können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

Ich bin damit einverstanden, dass der ITP den folgenden am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Gesetzl. Betreuer:

Bevollmächtigter:

## 18. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Ich habe den abgeschlossenen ITP  
erhalten am:

**Datum / Unterschrift Leistungsberechtigter:**

**Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):**

- A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- B** (Vorgeschichte / Beruf)
- C** (Herausforderndes Verhalten /  
Kommunikationsbeeinträchtigung)
- D** (Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz)
- PU** (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Fachkraft EGH

<input type="text"/> Planung	<input type="text"/> Name, Vorname	<input type="text"/> - <input type="text"/> Für den Zeitraum von - bis	<input type="text"/> Aktenzeichen
---------------------------------	---------------------------------------	---	--------------------------------------

Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX):

Kenntnis der Notlage durch:  am:

Ergebnis der Zuständigkeitsklärung:  Rechtsgrundlage:

Ggf. Weiterleitung an:  am:

Rechtsbegründende Diagnose:

**Beteiligte Rehabilitationsträger**

Eingliederungshilfe     Bundesagentur für Arbeit     gesetzliche Unfallversicherung     öffentliche Jugendhilfe

gesetzliche Krankenkasse     Kriegsopferfürsorge     gesetzliche Rentenversicherung

sonstige:

Beteiligung Pflegekasse

Eine gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit liegt vor vom:

**Beteiligte öffentliche Stellen**

Andere öffentliche Stellen wurden einbezogen:  nein.     Ja, folgende:

SGB XI (Pflegekasse) / Integrationsamt

Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Jobcenter

Betreuungsbehörde

**Besondere Belange pflegender Angehöriger bei der medizinischen Rehabilitation wurden berücksichtigt:**

**1. Zielsetzungen in den Bereichen:**

<b>1a)</b>	<b>Persönliche Ziele</b>	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
<b>1b)</b>	<b>Selbstversorgung / Wohnen</b>	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
<b>1c)</b>	<b>Arbeit und Beschäftigung Tagesstruktur / Bildung</b>	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
<b>1d)</b>	<b>Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben</b>	Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>
		Ziel: <input type="text"/>
		Anzeiger: <input type="text"/>

Name, Vorname

Aktenzeichen

**Zielsetzungen in weiteren Leistungsbereichen:**

1e)



Ziel:

Anzeiger:

1f)



Ziel:

Anzeiger:

**2. Leistungen der Rehabilitationsträger / anderer öffentlicher Stellen:**

Bedarfsermittlung mit ITP durchgeführt:  Nein  Ja

Gesamtplan-/Teilhabekonferenz hat stattgefunden:  Nein  Ja Datum:

Ergänzende Instrumente:

**Ergebnisse**

Leistungsträger	Leistung	Leistungsumfang (pro Monat)	SL	PB	Bewilligungszeitraum	Erbringer der Leistung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Es wurde die erforderliche Feststellung nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Trägern getroffen.
- Der Leistungsberechtigte hat einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung aus wichtigem Grund **NICHT** widersprochen.
- Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX wurde berücksichtigt.
- Auf die Möglichkeit des Persönlichen Budgets wurde hingewiesen.
- Rechtsbehelfe wurden bei anderen Trägern eingelegt:
- Rechtsbehelfe waren erfolgreich:

Weitergabe der Daten aus dem ITP wurde zugestimmt Ja  Nein

Aktivitäten der Leistungsberechtigten (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

Feststellung der Selbsthilferessourcen (ggf. Hinweis auf ITP oder Erläuterung)

**Hinweise:**

Verbleibender Regelsatz in €  pro Monat nach § 121 Abs. 4 Nr. 6 SGB IX i.V.m. § 27a Abs. 3 SGB XII.

Das Persönliche Budget wird als Leistungsform als Gesamtsumme im Umfang von €  pro Monat bewilligt.

**3. Fortschreibung der Gesamt- / Teilhabepanung:**

Ein (erneuter) Gesamt- / Teilhabepan ist geplant für den:

Relevante Dokumente sind fristgerecht beim zuständigen Leistungsträger einzureichen bis zum:

Verfahrensleitender Leistungsträger:

Datum / Unterschrift

Verteiler:

**Bewertung des ITP durch Klient / Klientin**

Übergreifende  
persönliche Ziele

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Wohnen  
Selbstversorgung

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Arbeit,  
Beschäftigung

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Freizeit

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

**Bewertung Klient / Klientin:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

Auswertungsdatum:

Assistenz beim Ausfüllen durch:

Antrag auf Weiterbewilligung

Unterschrift der Klientin / des Klienten:

**Bewertung des ITP durch Fachkraft des Leistungserbringers**

Übergreifende  
persönliche Ziele

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Wohnen  
Selbstversorgung

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Arbeit,  
Beschäftigung

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Freizeit

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

**Bewertung Fachkraft des Leistungserbringers:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

**Auswertungsdatum:**

**BearbeiterIn:**

Unterschrift der Fachkraft:

**Bewertung des ITP durch den Leistungsträger**

Übergreifende,  
persönliche Ziele

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Wohnen,  
Selbstversorgung

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Arbeit,  
Beschäftigung

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Freizeit

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Ziel:  Anzeiger:

Klientensicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

Trägersicht: Ziel wurde:  Ziel soll:  Anzeiger soll:

**Bewertung aus Sicht des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

**Folgende Ziele wurden erreicht:**

**Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:**

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt

Unterschrift Leistungsträger:

## Rostocker Bulletin "ukrainische Geflüchtete"



Hanse- und Universitätsstadt  
**ROSTOCK**

**Anzahl Personen im Leistungsbezug AsylbLG** **57**

Amt für Soziales und Teilhabe

davon in Altersgruppe

0 bis 6	5
7 bis 12	1
13 bis 18	6
19 bis 65	36
66+	9

**Datenstand**

11.10.2022

**Anzahl Personen im Leistungsbezug SGB XII** **57**

**Anzahl Personen im Leistungsbezug SGB II** **2.166**

(Stand: 30.09.2022)

**Anzahl im AZR registrierte Personen** **2.704**

(Stand: 20.09.2022)

**Anzahl ED-behandelte Personen (PIK)** **2.400**

(Stand: 20.09.2022)

**Anzahl erstellte Fiktionsbescheinigungen** **2.550**

(Stand: 07.09.2022)

**Anzahl ausgestellter Aufenthaltserlaubnisse** **865**

(Stand: 20.09.2022)

**Anzahl Kinder in Kindertagesbetreuung** **121**

Stand: 10/2022

**Anzahl angemeldeter Kinder in Schulen** **483**

**Belegung in Unterkünften** **796**

davon	Kapazität	Belegung	verfügbar
NU Industriestraße	150	38	112
FU Elbotel	252	201	19
FU Warnemünde	280	264	0
FU Petersdorfer Str.	287	234	26
FU Hafen	86	59	25

verfügbare Wohnungen 160

davon übergeben 103

(Stand: 11.10.2022)

	kurzfristige Unterbringung
	mittelfristige Unterbringung
	langfristige Unterbringung