

Eingliederungshilfebedarf in der individuellen Lebensgestaltung - Personenkreis der geistig/körperlich behinderten Menschen -

I. Hilfebedarf im Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten

	Nein	Ja	Anleitung	Assistenz	Übernahme	Betreuungsaufwand in Std./Woche
• Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• finanzielle und behördliche Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

II. Hilfebedarf im Bereich der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

	Nein	Ja	Anleitung	Assistenz	Übernahme	Betreuungsaufwand in Std./Woche
• Freizeitorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Beziehungsgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Kulturtechniken (rechnen, schreiben, lesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Sprachliche Verständigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

III. Besonderer Hilfebedarf

	Nein	Ja	gering	hoch	sehr hoch	Betreuungsaufwand in Std./Woche
• Orientierungsfähigkeit (zeitlich, räumlich – in vertrauter/ nicht vertrauter Umgebung-, zur Person)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Umgang mit psychischen u. emotionalen Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Soziale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• sonstiger Bedarf, und zwar						_____

- bereits in Anspruch genommene Medizinische/therapeutische Hilfen

IV. Hilfebedarf im Bereich Ausbildung/Arbeit (Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnis)
