**Anmeldung zur Teilhabekonferenz am**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]  Neuvorstellung** **[ ]  Wiedervorstellungzuletzt vorgestellt:**       | **[ ]  Ablauf der Beschlusszeit****[ ]  Veränderter Hilfebedarf****[ ]  Sonstiges:**       | **[ ]  Anonyme Vorstellung****[ ]  Termin erforderlich, Telefon:**       |
| Vor- u. Nachname: |  |
| Geburtsdatum: |  | **[ ]  m [ ]  w** |
| Adresse: |  | **[ ]  ofW** |
| Derzeitiger Aufenthalt: | **[ ]  Wohnung [ ]  Klinik [ ]  Wohnheim [ ]  Andere** |
| Gewöhnlicher Aufenthalt (GA)vor der Hilfegewährung: | **[ ]  Stadt Mainz****[ ]  Andere:** |
| Vorstellung in der Teilhabekonferenz durch: | **[ ]  Klient / Klientin:** |
| **[ ]  Fachpersonal:** |
| **[ ]  BtG-Betreuung:** |
| **[ ]  Andere:** |
| Koordinierende Bezugsperson: |  |
| Einverständnis zur Darlegung personenbezogener Daten: | **[ ]  ja [ ]  nein**  |
| Ärztliche Diagnose / ICD-Nr.: |  |
| Gesetzliche Betreuung: | **[ ]  ja** **[ ]  nein**  |
| **Name:** |
| Teilhabeplan: | **Erstellt / aktualisiert von:****am:** |
| Kostenträger:  | **[ ]  Stadt Mainz** | **[ ]  Anderer:** |
| **[ ]  Selbstzahler / Selbstzahlerin** |
| Art und Umfang des Teilhabebedarfs: | **[ ]  Psychosoziale Betreuung:       FLS (Fachleistungsstunde)** |
| **[ ]  Persönliches Budget [ ]  Tagesstätte**  |
| **[ ]  Betreutes Wohnen: [ ]  Einzel [ ]  Gruppe**  |
| **[ ]  stationäre Maßnahme (Wohnheim): [ ]  geschlossen** |
| **[ ]  Sonstiges:** |
| Kurze Bedarfsbeschreibung: |  |
|  |  |  |
| **Ort u. Datum** | **Unterschrift / Stempel** |

**Empfehlung** **der Teilhabekonferenz**

In der Sitzung der Teilhabkonferenz vom wurde der Hilfebedarf

der / des vorgestellt.

Auf Grund dieser Erörterung wurde folgender Teilhabebedarf befürwortet bzw. festgestellt

und die Kostenübernahme für die Teilhabeerbringung empfohlen:

Art und Umfang der Hilfen

1. Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

🞎 Psychosoziale Einzelfallhilfe 🞎 Sonstige

🞎 BeWoE 🞎 BeWoG 🞎 stat. Wohnen 🞎 Tagesstätte

1. Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung
2. Hilfen bei Planung, Koordination und Abstimmung
3. Ambulante psychiatrische Grundversorgung nach SGB V
4. Andere Therapieverfahren
5. Nichtpsychiatrische Hilfen

Bewilligungszeitraum

Wiedervorstellung in THK

Sonstiges

Kostenträger der zu erbringenden Hilfen

🞎 Stadt Mainz 🞎 Selbstzahler/in 🞎 Andere/r:

Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass die Antragsstellung einschließlich der notwendigen Unterlagen beim zuständigen Leistungsträger unverzüglich erfolgt, sofern diese noch nicht geschehen ist. Die oben getroffenen Feststellungen und Empfehlungen zum Hilfebedarf und zur Form der Hilfeerbringung bilden mit den sozialhilferechtlichen Tatbestandsvoraussetzungen die Grundlage für die Entscheidung des Kostenträgers zur Kostenübernahme. Der Leistungserbringer erhält eine schriftliche Kostenzusage. Die / der Hilfesuchende (bzw. Betreuerin / Betreuer) wird schriftlich über die vereinbarte Art; Umfang und Dauer der Hilfegewährung beschieden (Verwaltungsakt).

Kostenträger: Koordinierungsstelle für Leistungserbringer:

 gemeindenahe Psychiatrie: