

Anlage D gemäß § 4 Abs. 2 zum Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII

Fragebogen zur Zuordnung zum Leistungstyp

Kennziffer

Name des Leistungsberechtigten: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzlicher Betreuerin bzw. Betreuer: _____

In der Einrichtung: _____

seit: _____

Behinderungsart¹: _____

bisheriger Leistungstyp: _____

Entscheidungsvorschlag:

Leistungstyp Wohnen: _____

Leistungstyp Tagesförderung: _____

oder

Entscheidungsvorschlag nicht möglich weil: _____

vorgeschlagene Einrichtung(en): _____

an folgendem Ort: _____

Entwicklungsperspektiven:
(z.B. Fähigkeiten verbessern sich stetig) _____

nächste Prüfung sollte gemäß Vorgabe LT ____ durchgeführt werden oder in ____ Monaten/Jahren

Ort der Prüfung: _____ Prüfdatum: _____

Namen der Prüferinnen bzw. Prüfer:

Institution

Unterschriften für die Bestätigung der
vorgenommenen Einstufung

Entscheidung des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe:

(ggf. ankreuzen)

Zustimmung: Ja Nein

Festlegung:

Behinderungsart¹: g s su k si P

Leistungstyp Wohnen:

in Einrichtung:

Leistungstyp Tagesförderung:

in Einrichtung:

Nächste ordentliche Prüfung gemäß LT ja **oder** abweichend in _____ Monaten/Jahren

Bearbeiter:

Datum:

Unterschrift:

¹ Bei Mehrfachbehinderungen ist die Behinderung einzutragen, die im Vordergrund steht.