

Datum des Hilfeplangespraches (auch mehrere möglich)
FFE-Fachkraft
Aktenzeichen <b>51-31</b>
Telefon

## Hilfeplan

Antrag vom: \_\_\_\_\_

### Personendaten

Name		Vorname		Antragsteller/in bei § 41 SGB VIII <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl.	Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> sonstige:	
<input type="checkbox"/> deutsch					
Derzeitige Anschrift					
bei					
Schulform			Name der Schule		Klasse
Berufsausbildung		Ausbildungsberuf			seit
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Ausländerrechtlicher Status					

<b>(X)</b>	<b>← Sorgerecht</b>	g.A. des jungen Menschen vor Beginn der Leistung (sofern die Hilfe nicht im Haushalt erfolgt)	→	<b>(X)</b>
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname <b>Mutter</b>	Antragstellerin <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
	Anschrift			allein erziehend * <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname <b>Vater</b>	Antragsteller <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
	Anschrift			allein erziehend * <input type="checkbox"/>
Eltern verheiratet: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname <b>Vormund/Pfleger</b>	Antragsteller <input type="checkbox"/>	Wirkungskreis der Pflegschaft	
	Anschrift			
Beantragt am/Anregung vom:		Famliengericht:		
Beschluss vom:		Aktenzeichen:		
Sonstiger Aufenthalt bei				seit <input type="checkbox"/>

\* Lebt mit Kind/Kindern allein (ohne Partner/in) zusammen

Örtl. Zuständigkeit des Amtes f. Kinder, Jugend u. Familie liegt vor gem. § \_\_\_\_\_ SGB VIII

### Beteiligte an der Erstellung des Hilfeplans

<input type="checkbox"/> Minderjährige/r	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Vormund / Pfleger
<input type="checkbox"/> junge/r Volljährige/r			
Name / Institution / Funktion			
Anschrift			
Name / Institution / Funktion			
Anschrift			
<input type="checkbox"/> Zuständige Fachkraft <input type="checkbox"/> Vertretung			

**1. Kurze Situationsbeschreibung / Ist-Zustand**

(Hierbei sind auch ggf. davon abweichende Sichtweisen der Beteiligten zu benennen)

--

**Gründe für den Hilfebedarf**

--

**2. Verortung (bei Klärungs- und Gefährdungsbereich bitte Risikobereiche benennen)**

--

**3. Ressourcen der/des Klienten**

*Ressourcenkarte von:*

<b>Persönliche Ressourcen</b>	<b>Soziale Ressourcen (Beziehungen)</b>
<b>Materielle Ressourcen</b>	<b>Infrastrukturelle/institutionelle Ressourcen</b>

**4. Wille, Ziele der/des Klienten (Vater/Mutter/Geschwister/soz. Umfeld...)**

<b>Wille</b>
<b>Ziele (Richtungsziele/Handlungsziele)</b>
<b>Aufträge/Auflagen</b>

**5. Rückführung bei stationären Hilfen**

Was tragen die Beteiligten dazu bei, damit eine Rückführung möglich ist (besondere Handlungsziele und -schritte)

Kindesmutter
Kindesvater

Kinder/Jugendliche

## 6. Hilfeart und Leistungen

### 6.1 Stationäre Hilfe Teilstationäre Hilfe

Hilfeart	Gesetzliche Grundlage
Differenzierungsform <input type="checkbox"/> Intensivangebot <input type="checkbox"/> Angebot mit niedrigem Betreuungsaufwand <input type="checkbox"/> sonstige Angebote	
Regelangebot: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit zeitlich begrenzten Zusatzleistungen	
Name und Anschrift der Einrichtung / Institution	
Voraussichtlicher Entgeltsatz bzw. Kosten der Hilfe	Voraussichtliche Jahreskosten

### 6.2 Vollzeitpflege gem. § 33 SGB VIII Dauerpflege ja nein

Name und Anschrift der Pflegestelle	
Pflegesatz	Voraussichtliche Jahreskosten

Anschrift des örtlichen Jugendamtes (soweit abweichend von Bonn)

### 6.3 Ambulante Hilfen

Art der Leistung			Gesetzliche Grundlage
Name und Anschrift der Einrichtung / Institution			
Tagessatz	Fachleistungsstundensatz	Monatspauschale	Fallpauschale
Anzahl der Fachleistungsstunden	wöchentlich	Andere Zeitangaben	
Voraussichtlicher Entgeltsatz bzw. Kosten der Hilfe		Voraussichtliche Jahreskosten	

### 6.4 Zusatzleistungen

Art der Leistung			Gesetzliche Grundlage
Name und Anschrift der Einrichtung / Institution			
Tagessatz	Fachleistungsstundensatz	Monatspauschale	Fallpauschale
Anzahl der Fachleistungsstunden	wöchentlich	Andere Zeitangaben	
Voraussichtlicher Entgeltsatz bzw. Kosten der Hilfe		Voraussichtliche Jahreskosten	

Beginn der Hilfe: \_\_\_\_\_

### Termin für die Fortschreibung des Hilfeplans

(Der aktuelle Bericht der Einrichtung zur Fortschreibung des Hilfeplans muss 2 Wochen vorher dem FFE vorliegen.)

--

### Voraussichtliches Ende der Hilfe

--

Der Hilfeplan wurde ausgehändigt bzw. zugesandt an Wirtschaftliche Jugendhilfe am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

**Alle Beteiligten werden hiermit darauf hingewiesen, dass bei Eintreten gravierender Änderungen, Wohnortwechsel sowie krisenhafter Entwicklung, insbesondere bei sich abzeichnender Gefährdung des Kindeswohls, die FFE-Fachkraft unverzüglich zu informieren ist.**

**Wenn die Beteiligten keinen Einwand gegen den vorstehenden Hilfeplan geltend machen, sind sie mit den Inhalten einverstanden.  
Sie werden gebeten, evtl. Anmerkungen und Ergänzungen zum Hilfeplan bzw. zur Hilfeplanfortschreibung zu vermerken und diese an die fallzuständige Fachkraft zu senden.**

Unterschriften:

Datum: \_\_\_\_\_  
Amt für Kinder, Jugend und Familie - Fachkraft

Datum: \_\_\_\_\_  
Amt für Kinder, Jugend und Familie - Bezirks-/ Fachdienstleitung