

Teilhabe-Konferenz für psychisch erkrankte Menschen in Mainz

Anmeldung zur Teilhabe-Konferenz am _____

<input type="checkbox"/> Neuvorstellung <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung zuletzt vorgestellt:	<input type="checkbox"/> Ablauf der Beschlusszeit <input type="checkbox"/> Veränderter Hilfebedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Anonyme Vorstellung <input type="checkbox"/> Termin erforderlich, Telefon:
Vor- u. Nachname:		
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Adresse:		<input type="checkbox"/> ofW
Derzeitiger Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Andere	
Gewöhnlicher Aufenthalt (GA) vor der Hilfestellung:	<input type="checkbox"/> Stadt Mainz <input type="checkbox"/> Andere:	
Vorstellung in der Teilhabe-Konferenz durch:	<input type="checkbox"/> Klient / Klientin:	
	<input type="checkbox"/> Fachpersonal:	
	<input type="checkbox"/> BtG-Betreuung:	
	<input type="checkbox"/> Andere:	
Koordinierende Bezugsperson:		
Einverständnis zur Darlegung personenbezogener Daten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ärztliche Diagnose / ICD-Nr.:		
Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name:	
Teilhabeplan:	Erstellt / aktualisiert von: am:	
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Stadt Mainz	<input type="checkbox"/> Anderer:
	<input type="checkbox"/> Selbstzahler / Selbstzahlerin	
Art und Umfang des Teilhabebedarfs:	<input type="checkbox"/> Psychosoziale Betreuung: FLS (Fachleistungsstunde)	
	<input type="checkbox"/> Persönliches Budget <input type="checkbox"/> Tagesstätte	
	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen: <input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Gruppe	
	<input type="checkbox"/> stationäre Maßnahme (Wohnheim) <input type="checkbox"/> geschlossen	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Kurze Beschreibung des Hilfebedarfs:		

Ort u. Datum

Unterschrift / Stempel

Teilhabekonferenz für psychisch erkrankte Menschen in Mainz

Empfehlung der Teilhabekonferenz

In der Sitzung der Teilhabekonferenz 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 _____

2. Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung _____

3. Hilfen bei Planung, Koordination und Abstimmung _____

4. Ambulante psychiatrische Grundversorgung nach SGB V _____

5. Andere Therapieverfahren _____

6. 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 Hilfgewährung beschieden
(Verwaltungsakt).

Kostenträger:

Koordinierungsstelle für
gemeindenaher Psychiatrie:

Leistungserbringer: