|  |  |
| --- | --- |
| **Eingliederungshilfeleistungen nach § 112 SGB IX** **am priv. SBBZ mit Internat**  **Teilhabebericht an den EHG-Träger im Rahmen der Gesamtplanung** | |
| 1. **Einrichtung (Schule/ Schulkindergarten)**   Name:  Kontaktperson:  Anschrift:  Telefon:  E-Mail: | Träger Name:  Anschrift: |
| 1. **Leistungsberechtigte Person**   Name des Kindes/ Jugendlichen/ jungen Erwachsenen:  Geburtsdatum:  Anschrift:  Telefon:  E-Mail: | |
| 1. **Sorgeberechtige**   Namen:  Anschrift:  Telefon:  E-Mail: | |
| 5. Förderzielerreichung (Kurzbeschreibung: Grad der Zielerreichung, Maßnahmen/ Leistungen die förderlich/ nichtförderlich waren, ggf. ICF-CY/ ICF basiert unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Situation und Bezugnahme auf den Zeitraum seit der letzten Maßnahmeplanung): | |
| 1. **Vorschläge für die weitere Maßnahmenplanung/ Leistungsplanung** (oder etwaige geeignete Verbesserungen/ Anpassungen): | |
| 1. **Ergänzende Hinweise und Anmerkungen des Leistungserbringers** | |
| **8. Ort, Datum** | 9. Unterschrift Einrichtungsleitung |
|  | 10. Unterschrift Klient/ Klientin bzw.Sorgeberechtigte |