|  |
| --- |
| **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: | TrägerName: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 |