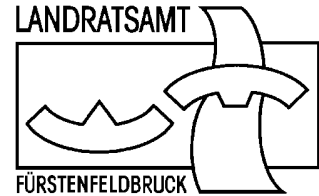


# Hilfeplan



Hilfeempfänger:

Geburtsdatum:

**Amt für Jugend und Familie**

Personensorgeberechtigte(r):

Anmerkung:

**Auskunft erteilt:**

Zimmer: A 3..  
Telefon: 08141/519-  
Telefax: 08141/519-590  
E-Mail: ...@lra-ffb.de

**Aktenzeichen:**  
(Bitte bei Antwort angeben)

**Datum**

Art der Hilfe:

Verantwortliche  
Fachkraft:

Beauftragter Träger:

Beginn der Hilfe:

Datum der Hilfeplanung:

## Am Hilfeplan Beteiligte gem. § 36 (2) SGB VIII:

Name:	Stellung zum Kind/Jugendlichen:	Anmerkung:

**Hausanschrift**

Münchner Str. 32  
82256 Fürstfeldbruck  
Mit ÖPNV erreichbar

**Sprechzeiten**

Montag bis Freitag  
8.00 bis 12.00 Uhr  
**oder**  
nach Vereinbarung

**Telefon, Vermittlung**

08141/519-0

**Telefax**

08141/519-450

**E-Mail**

poststelle@lra-ffb.de

**Internet**

www.lra-ffb.de

**Sparkasse FFB Volksbank FFB Postbank München**

Kto. 800 17 11 Kto. 32 000 Kto. 72786-804  
BLZ 700 530 70 BLZ 701 633 70 BLZ 700 100 80

**IBAN:** DE89 7005 3070 0008 0017 11

**Swift Bic:** BYLADEM1FFB

## 1. Aktuelle Situation

### a) Erwartungen / Veränderungsbereitschaft:

aus Sicht des Kindes / Jugendlichen / jungen Volljährigen

aus Sicht der Eltern / Sorgeberechtigten

aus Sicht anderer Personen, Anbieter und Einrichtungen, die am Hilfeplanprozess beteiligt sind

aus Sicht des Jugendamtes

### b) Grundsatzziel:

**2. Zielvereinbarung (Baustelle):**

1. Rahmenziel:

Ergebnisziele:	Wer ist verantwortlich?	Bis wann soll Ziel erreicht werden?

2. Rahmenziel:

Ergebnisziele:	Wer ist verantwortlich?	Bis wann soll Ziel erreicht werden?

3. Rahmenziel:

Ergebnisziele:	Wer ist verantwortlich?	Bis wann soll Ziel erreicht werden?

**3. Heimfahrten / Umgangskontakte:**

ja  nein

Art / Umfang / Rhythmus der Heimfahrten / Umgangskontakte:

**4. Bedarf es zur Zielerreichung Zusatzleistungen außerhalb des Regelleistungsangebotes?**

ja  nein

wenn ja, welche?

Art der Zusatzleistung	Umfang und Zeitdauer	Kosten	Anbieter / Einrichtung

**5. Zusätzliche Vereinbarungen / Anmerkungen**

**6. Nächstes Hilfeplangespräch / Dauer der Hilfe:**

Zeitraum	(Monat und Jahr)
Ort	
voraussichtliche Dauer	(Monat und Jahr)

Zu Beteiligende:

**Anmerkung:**

- Bei besonderen Vorkommnissen im Verlauf der Hilfe ist der / die zuständige Sozialarbeiter(in) des Jugendamtes unverzüglich zu informieren.
- Spätestens eine Woche vor dem vereinbarten Termin für das nächste Hilfeplangespräch übersendet die leistungserbringende Einrichtung dem / der zuständigen Sozialarbeiter(in) des Jugendamtes einen Entwicklungsbericht mit Aussagen zum Hilfeverlauf, möglichen Zielerreichungen und genutzten Ressourcen.
- Ich bin mit den Aufzeichnungen dieses Hilfeplanes einverstanden, wenn ich nicht innerhalb einer Woche nach Erhalt meiner Ausfertigung Einwände dem zuständigen Jugendamt mitteile.

Verteiler:

Klopf  
Sozialpädagoge (B.A.)