



Wichtige Hinweise:

Im IHP soll nur angegeben werden, was notwendig ist, um Ihre Situation und Ihren Unterstützungsbedarf nachzuvollziehen. **Die Privatsphäre ist bestmöglich zu schützen.**

In der Wegleitung zur Individuellen Bedarfsermittlung mit IHP finden Sie weitere Informationen zum Verfahren und zum Ausfüllen des IHP-Bogens.

1. Angaben zum IHP-Bogen

- Erst-IHP (Ich habe noch nie einen IHP ausgefüllt.)
- Folge-IHP bei Bedarfsüberprüfung
(Ich habe schon einmal einen IHP ausgefüllt und eingereicht.)

Dieser IHP wird ausgefüllt für den Zeitraum

von:
(Tag/Monat/Jahr)

bis:
(Tag/Monat/Jahr)

Dieser IHP wurde erstellt am:
(Tag/Monat/Jahr)

2. Angaben zur Person mit Behinderung

Name: Vorname:

Sozialversicherungs-Nummer: 756. . .
(13-stellig, beginnt mit 756.)

3. Angaben zum Ausfüllen der eigenen Sicht

Dieser IHP wurde:

- von mir selbst ausgefüllt
- zusammen mit einer Vertrauensperson meiner Wahl ausgefüllt (meine sprachlichen Äusserungen wurden aufgenommen)
- stellvertretend für mich von einer Vertrauensperson meiner Wahl ausgefüllt (nur in begründeten Fällen möglich)

Begründung:

4. Hilfsmittel

Brauchen Sie Hilfsmittel zum Ausfüllen der eigenen Sicht?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Bilder Sprachcomputer
- Gebärdensprache
- Andere Hilfsmittel:



5. Angaben zu den beteiligten Personen

Wer ist ausser Ihnen noch am IHP beteiligt?

Person 1

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Privatperson (z.B. Angehörige, Freunde) | <input type="checkbox"/> Mitarbeitende einer Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Fachperson in einer Institution (z.B. Bezugsperson) | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeitende einer zuweisenden Stelle | |

Beteiligt als

- Vertrauensperson bzw. unterstützende Person
 Verfasser/in der fachlichen Sicht

Name:

Vorname:

Telefon:

Email:

Person 2

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Privatperson (z.B. Angehörige, Freunde) | <input type="checkbox"/> Mitarbeitende einer Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Fachperson in einer Institution (z.B. Bezugsperson) | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeitende einer zuweisenden Stelle | |

Beteiligt als

- Vertrauensperson bzw. unterstützende Person
 Verfasser/in der fachlichen Sicht

Name:

Vorname:

Telefon:

Email:

Person 3

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Privatperson (z.B. Angehörige, Freunde) | <input type="checkbox"/> Mitarbeitende einer Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Fachperson in einer Institution (z.B. Bezugsperson) | <input type="checkbox"/> keine |



Individueller Hilfeplan (IHP) beider Basel – **Gesprächsleitfaden**

- Sozialarbeitende einer zuweisenden Stelle

Beteiligt als

- Vertrauensperson bzw. unterstützende Person
 Verfasser/in der fachlichen Sicht

Name:

Vorname:

Telefon:

Email:

Person 4

- Privatperson (z.B. Angehörige, Freunde) Mitarbeitende einer Beratungsstelle
 gesetzliche Vertretung andere
 Fachperson in einer Institution (z.B. Bezugsperson) keine
 Sozialarbeitende einer zuweisenden Stelle

Beteiligt als

- Vertrauensperson bzw. unterstützende Person
 Verfasser/in der fachlichen Sicht

Name:

Vorname:

Telefon:

Email:

Weitere:



6. Erklärung und Unterschrift

Ich bin darüber unterrichtet, dass die im Individuellen Hilfeplan beider Basel erhobenen personenbezogenen Daten ausschliesslich zur Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs und der erforderlichen Leistungen verwendet werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass die Fachliche Abklärungsstelle (FAS) bei Bedarf Dritte, insbesondere externe Fachpersonen aus dem medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich, betreuende Familienangehörige und eingesetzte Beistände, für die Bedarfsermittlung beiziehen kann. Die am IHP beteiligte Institution wird in Kopie über das Ergebnis der Bedarfsermittlung informiert.

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben in diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Unterschriftsberechtigte Person

Ort und Datum:

Name und Vorname: Unterschrift:

Unterschrift Verfasser/in der fachlichen Sicht

Ort und Datum:

Name und Vorname: Unterschrift:

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterzeichneten IHP an:

FAS (Fachliche Abklärungsstelle beider Basel)

Hauptstrasse 109

4102 Binningen

061 425 25 25

www.sva-bl.ch

fasbbs@sva-bl.ch



1. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es geht hier um Ihre angestrebte Wohn- und Lebensform. Daher werden die Antworten aus Ihrer Perspektive bzw. in Ihren eigenen sprachlichen Äusserungen formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele durch andere Personen ist unerwünscht. Bitte unter „Beteiligte Personen“ auf Seite 1 angeben: eigene sprachliche Äusserung oder stellvertretende Äusserung.

Wie und wo ich wohnen will

Was ich den Tag über tun oder arbeiten will

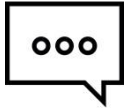


Wie ich mit anderen Menschen zusammen leben will

(Beziehungen zu anderen Menschen, nicht Wohnen)

Was ich in meiner Freizeit machen will

Was mir sonst noch sehr wichtig ist



2. Wie und wo ich jetzt lebe

(Beschreibung der aktuellen Situation: Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)

Ergänzende fachliche Sicht

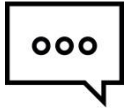
(Fakten, Rahmenbedingungen und Sachverhalte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind):



3. Was ich selbständig machen kann

(ohne Unterstützung oder ohne Nutzung von Hilfsmitteln)

Ergänzende fachliche Sicht:



4. **Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will**
(z.B. Unterstützung durch Hilfsmittel, durch räumliche Gegebenheiten oder Personen)

Ergänzende fachliche Sicht

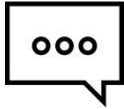
(Förderfaktoren z.B. durch ein verändertes Umfeld, Unterstützung durch Beziehungen):



5. **Was ich nur mit Unterstützung machen kann**
(z.B. was ohne Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen nicht gemacht werden kann)

Ergänzende fachliche Sicht

(Beeinträchtigung der Aktivitäten, z.B. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Bezüge):



6. **Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will**
(z.B. fehlende Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen, bestehende Hindernisse)

Ergänzende fachliche Sicht

(fehlende Förderfaktoren / Umweltfaktoren):



7. **Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen**
(z.B. bisherige Erfahrungen, persönliche Eigenschaften, Lebensweisen; kurze Darstellung des Lebenslaufes, der bedeutsamen Beeinträchtigungen und der medizinischen oder pädagogischen Vorgeschichte)

Ergänzende fachliche Sicht

(personenbezogene Faktoren, z.B. Eigenheiten der Person, besondere Lebensweisen oder Vorlieben; nicht Merkmale der Gesundheitsbeeinträchtigung):



Individueller Hilfeplan (IHP) beider Basel – Zielüberprüfung



Nur bei einem Folge-IHP bei Bedarfsüberprüfung ausfüllen!

| 8. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? <i>(Alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen)</i> | Das Ziel wurde... | | | 9. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen? <i>(nicht nur die Hilfe durch Fachpersonen ist gemeint, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren)</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | erreicht | teilweise erreicht | nicht erreicht | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



| 8. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? <i>(Alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen)</i> | Das Ziel wurde... | | | 9. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen? <i>(nicht nur die Hilfe durch Fachpersonen ist gemeint, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren)</i> |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | erreicht | teilweise erreicht | nicht erreicht | |
| | <i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i> | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



| Nr. | 10. Was soll zukünftig konkret erreicht werden? <i>(Ziele s.m.a.r.t.¹ formulieren mit einer für die Person überschaubaren Anzahl von Zielen)</i> | Bis wann? <i>beantragter Zeitraum (dd.mm.yyyy)</i> | 11. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen? <i>(Tätigkeiten, damit der angestrebte Zustand eintritt. Bitte angeben, wenn der Zeitraum einer Massnahme vom beantragten Zeitraum des Zieles abweicht.)</i> | Wer soll das tun? | Wo soll das gemacht werden? |
|-----|---|--|--|--------------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

¹SMART-Kriterien: Die Handlungsziele müssen spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert formuliert werden.



| Nr. | 10. Was soll zukünftig konkret erreicht werden? <i>(Ziele s.m.a.r.t.² formulieren mit einer für die Person überschaubaren Anzahl von Zielen)</i> | Bis wann? <i>beantragter Zeitraum (dd.mm.yyyy)</i> | 11. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen? <i>(Tätigkeiten, damit der angestrebte Zustand eintritt. Bitte angeben, wenn der Zeitraum einer Massnahme vom beantragten Zeitraum des Zieles abweicht.)</i> | Wer soll das tun? | Wo soll das gemacht werden? |
|------------|---|--|--|--------------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

²SMART-Kriterien: Die Handlungsziele müssen spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert formuliert werden.



Individueller Hilfeplan (IHP) beider Basel – **notwendige Leistungen**



| Nr. | Zeitliche Lage (bitte ankreuzen) | | Form der Leistung (bitte nur ein Feld ankreuzen) | | | Umfang in Stunden pro Woche | Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringenden bitte den Leistungen zuordnen) |
|-----|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| | am Tage | nachts | Fachleistung | Assistenz | Bereitschaft | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |