****

**Individueller Hilfeplan (IHP)**

**für die Entlastung von Familien bei der Betreuung von Kindern**

**mit schweren Behinderungen**

**Was ist ein individueller Hilfeplan (IHP)? Und was wollen wir damit erreichen?**

* Der Individuelle Hilfeplan (IHP) ist ein Instrument um den für Ihre Familie notwendigen Entlastungsbedarf zu ermitteln.
* Beim IHP stehen Sie als Expert\*in der aktuellen Betreuungssituation im Zentrum.
* Sie beschreiben die angestrebte Entlastung und betrachten die aktuelle Betreuungssituation und planen dann gemeinsam mit allen am IHP beteiligten Personen die notwendige Entlastung.
* Im Anschluss ermittelt die Abklärung individuelle Unterstützung (AIU) mit Ihnen die Entlastungsleistungen in einem Gespräch.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allgemeine Angaben**  (Fragen 1. - 6.) | **Angestrebte Entlastung**  (Frage 7.) | **Planung notwendige Entlastung**  (Frage 9.) |  |
| **Betrachtung aktuelle Betreuungssituation**  (Frage 8.) |
|  |  |  |  |

**Wer unterstützt uns beim Ausfüllen des IHP?**

Unterstützung erhalten Sie bei den Beratungsstellen der Pro Infirmis oder einer von Ihnen selbst gewählten Vertrauensperson (z.B. Angehörige, Beistand, Bezugsperson).



Tel. 058 775 10 50

[ag.so@proinfirmis.ch](mailto:ag.so@proinfirmis.ch)

****

**Individueller Hilfeplan (IHP)**

**für die Entlastung von Familien bei der Betreuung von Kindern**

**mit schweren Behinderungen**

**1. Angaben zum Kind mit Behinderung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Vorname | Vorname |

|  |  |
| --- | --- |
| Sozialversicherungs-Nummer | 756.XXXX.XXXX.XX |

13-stellige Zahl / siehe z.B. Krankenkassenkarte

**2. Dies ist ein**

Erst-IHP (Wir haben bisher noch nie einen IHP ausgefüllt)

Folge-IHP (Wir haben bereits einen IHP ausgefüllt und Unterstützung beansprucht)

**3. Für welchen Zeitraum wird dieser IHP ausgefüllt?**

Wann möchten Sie mit den Massnahmen beginnen und wie lange sollen diese dauern? Ein IHP kann auf maximal drei Jahre ausgelegt werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dieser IHP wird ausgefüllt für den Zeitraum von | TT.MM.JJJJ | bis | TT.MM.JJJJ |

TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

**4. Am IHP beteiligte Personen**

An diesem Hilfeplan sind verschiedene Personen beteiligt. Damit immer klar ist, von wem gerade eine Beteiligung verlangt wird, helfen uns diese Grafiken:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Selbsteinschätzung**  Diese Fragen sind ausschliesslich aus der Perspektive der betroffenen (Pflege-) Eltern zu beantworten. Sie sollen die Fragen so gut wie möglich selber beantworten. Bei Bedarf können Sie sich dabei von einer selbst gewählten Vertrauensperson unterstützen lassen. Nur in begründeten Fällen ist ein stellvertretendes Ausfüllen durch die Vertrauensperson möglich. Vertrauensperson kann z.B. die Beratungsstelle Pro Infirmis, Angehörige oder Bezugsperson sein. |
|  | **Fremdeinschätzung (freiwillig)**  Wo sinnvoll, kann freiwillig eine unvoreingenommene Fremdeinschätzung von einer zusätzlichen Person aus dem betreuenden Umfeld ergänzt werden. Dies ist nur nötig, wenn zu den Angaben der (Pflege-) Eltern ergänzende Angaben notwendig sind. Die Fremdeinschätzung kann z.B. durch eine Fachperson, Sozialarbeitende oder sonstige Personen aus dem betreuenden Umfeld eingebracht werden. Sie kann auch von der Vertrauensperson ausgefüllt werden, solange diese die Selbsteinschätzung nicht stellvertretend ausgefüllt hat. |
|  | **Gemeinsame Planung**  Bei einem gemeinsamen Gespräch der am IHP beteiligten Personen werden die Massnahmen und Leistungen definiert. Daran können z.B. (Pflege-) Eltern, die Beratungsstelle Pro Infirmis als Vertrauensperson und eine zusätzliche Person aus dem betreuenden Umfeld beteiligt sein. |

**5. Möchten die (Pflege-) Eltern ihre Situation selber einschätzen oder benötigen Sie die Unterstützung einer Vertrauensperson?**

Sie können ihre Situation selber einschätzen und die Fragen ohne Hilfe beantworten

Sie werden von einer Vertrauensperson unterstützt, ihre Sicht wird jedoch 1:1 wiedergegeben

**6. Angaben zu den am IHP beteiligten Personen**

**6.1 (Pflege-) Elternteil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Telefon-Nr. | Telefon-Nr. |
| Vorname | Vorname | Email | Email |
| Bezug | Bezug | | |

z.B. (Pflege-) Mutter, (Pflege-) Vater

**6.2 (Pflege-) Elternteil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Telefon-Nr. | Telefon-Nr. |
| Vorname | Vorname | Email | Email |
| Bezug | Bezug | | |

z.B. (Pflege-) Mutter, (Pflege-) Vater

**6.3 Vertrauensperson**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Telefon-Nr. | Telefon-Nr. |
| Vorname | Vorname | Email | Email |
| Bezug | Bezug | | |

z.B. Beratungsstelle Pro Infirmis, Angehörige, Bekannte usw.

**6.4 Verfasser/in Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Telefon-Nr. | Telefon-Nr. |
| Vorname | Vorname | Email | Email |
| Bezug | Bezug | | |

z.B. Fachperson aus Einrichtung, Betreuungsperson, usw.

**6.5 Sonstige am IHP beteiligte Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Telefon-Nr. | Telefon-Nr. |
| Vorname | Vorname | Email | Email |
| Bezug | Bezug | | |

z.B. Beistand / Beiständin

**7. Angestrebte Entlastung**

**7.1 Wie wir als Familie zusammenleben möchten**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**7.2 Was wir uns durch eine zusätzliche Entlastung erhoffen**

z.B. mehr Zeit für die Betreuung der Geschwister, Familienleben, sich selbst usw.

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**7.3 Wie wir die freigewordenen Ressourcen nutzen möchten**

z.B. zusätzlich gewonnen Zeit oder finanzielle Unterstützung

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8. Betrachtung der aktuellen Betreuungssituation**

**8.1 Unsere aktuelle familiäre Situation**

z.B. aktuelle Erwerbssituation der (Pflege-) Eltern, Familienkonstellation (Geschwister, alleinerziehend usw.)

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8.2 Aktuelle Tagesstruktur des Kindes mit Behinderung**

z.B. Schulung, (Teil-) Internat, Betreuung zu Hause

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8.3 In welchen Bereichen wir bereits Unterstützungsmassnahmen in Anspruch nehmen (stichwortartig)**

z.B. medizinische Pflege, Betreuung, Nachtwache usw.

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8.4 In welchen Bereichen wir uns zusätzliche Entlastungsmassnahmen wünschen**

z.B. Aktivitäten mit dem betroffenen Kind, Betreuung von Geschwistern, ergänzende Unterstützung in der Grund- oder Behandlungspflege, Begleitung zu Therapien usw.

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8.5 Wie soll die zusätzliche Entlastung konkret aussehen?**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8.6 Könnte jemand aus Ihrem Umfeld (Familie, Bekannte, Nachbarn usw.) die ergänzende Entlastung übernehmen? Wenn ja, in welchem Umfang?**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**8.7 Was zusätzlich wichtig ist, um unsere Familiensituation zu verstehen**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Ergänzende Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**9. Planung der notwendigen Entlastung**

|  |  |
| --- | --- |
| Um einen Überblick über die bereits erbrachten Leistungen zu erhalten, werden hier in einem ersten Schritt sämtliche bereits laufende Unterstützungsmassnahmen aufgelistet (z.B. Kinderspitex, Entlastungsdienste, Assistenzpersonen, Unterstützung durch Angehörige usw.).  Man unterscheidet hier zwischen zwei Personalleistungen:   * **Fachpersonal:** Diese Leistungen müssen von einer Person mit einer anerkannten Ausbildung erbracht werden. * **Nicht qualifiziertes Personal:** Diese Leistungen können auch von Personen ohne anerkannte Ausbildung (z.B. Personen aus dem privatem Umfeld der Familie) erbracht werden. Dies betrifft vor allem Unterstützungsleistungen, bei welchen die Betreuungsperson stellvertretende oder begleitende Tätigkeiten übernimmt. |  |

**Diese Unterstützungsleistungen werden bereits erbracht (Ist-Zustand):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | **Beschreibung der Tätigkeit** | **Tageszeit** | | **Personalleistung** | | **Umfang in Stunden und Minuten pro Woche** | **Name und Adresse des Leistungserbringers** | | |
| Tag  6-22 Uhr | Nacht  22-6 Uhr | Fach-personal | Nicht qualifiziertes Personal |
| … | … |  |  |  |  | … | Name und Adresse Leistungserbringer | | |
| … | … |  |  |  |  | … | Name und Adresse Leistungserbringer | | |
| … | … |  |  |  |  | … | Name und Adresse Leistungserbringer | | |
| … | … |  |  |  |  | … | Name und Adresse Leistungserbringer | | |
| … | … |  |  |  |  | … | Name und Adresse Leistungserbringer | | |
| … | … |  |  |  |  | … | Name und Adresse Leistungserbringer | | |
| … | … |  |  |  |  | … |  | | |
| In einem zweiten Schritt werden aus den Angaben im Fragebogen konkrete Massnahmen zur Entlastung der Familie formuliert und daraus die ergänzenden Leistungen definiert. Dies geschieht im Dialog aller beteiligten Personen, die beim Ausfüllen des IHP geholfen haben. Die zusätzlichen Entlastungsmassnahmen können **maximal acht Stunden pro Woche** beziehungsweise **maximal 52 Tage pro Jahr** betragen. Die Tage können einzeln oder am Stück bezogen werden. Dabei ist zu beachten, dass nur Entlastungs-Massnahmen berücksichtigt werden können, welche nicht bereits durch eine (Sozial-) Versicherung vergütet werden. Massnahmen, welche z.B. durch die Hilflosenentschädigung, Intensivpflegezuschlag oder durch die Krankenkasse gedeckt sind, können nicht doppelt berücksichtigt werden. Dies betrifft vor allem die pflegerischen und medizinischen Massnahmen.  Hier unterscheidet man zwischen zwei Personalleistungen:   * **Personal** aus der Einrichtung * **Personen** aus dem privaten Umfeld (Pflege-) Eltern, Angehörige, Nachbarn, Bekannte | | | | | | | |  |

**Diese Entlastungsmassnahmen sollen zukünftig erbracht werden:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Was soll getan werden?** (Massnahmen) | **Tages-zeit** | **Personal- leistung** | | **Umfang in Stunden und Minuten pro Woche** | **Name und Adresse Leistungserbringer** |
| Personal Einrichtung | Personen Umfeld |
| … | … |  |  |  | … | … |
| … | … |  |  |  | … | … |
| … | … |  |  |  | … | … |
| … | … |  |  |  | … | … |
| … | … |  |  |  | … | … |
| … | … |  |  |  | … | … |

**10. Erläuterung und Unterschrift**

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

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

**gesetzliche Vertretung des Kindes mit Beeinträchtigung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Vorname | Vorname |
| Datum | TT.MM.JJJJ | Unterschrift |  |

**Verfasser/in der Fremdeinschätzung (freiwillig)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Vorname | Vorname |
| Datum | TT.MM.JJJJ | Unterschrift |  |

**Weiteres Vorgehen:**

1. Kontrollieren Sie, ob der IHP vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde.
2. Erstellen Sie für sich eine Kopie des IHP.
3. Schicken Sie den IHP an folgende Adresse:

Abklärung individuelle Unterstützung

SVA Aargau

Bahnhofplatz 3C

5001 Aarau

Oder schicken Sie ihn via Email an [aiu@sva-ag.ch](mailto:aiu@sva-ag.ch)

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der Nr. 062 837 89 61 zur Verfügung.