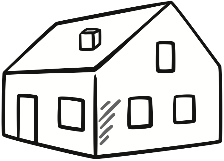
****

**Individueller Hilfeplan (IHP)**

**für ambulante Unterstützung beim selbständigen Wohnen**

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

* Der Individuelle Hilfeplan (IHP) ist ein Instrument um Ihren persönlichen Unterstützungsbedarf zu ermitteln.
* Sie stehen beim IHP als Expert\*in Ihrer eigenen Lebenssituation im Zentrum.
* Sie definieren Ihre persönlichen Ziele und machen eine Einschätzung Ihrer aktuellen Lebenssituation. Bei Bedarf können Sie sich dabei von einer Vertrauensperson unterstützen lassen.
* Aus Ihren Zielen leiten Sie gemeinsam mit weiteren am IHP beteiligten Personen konkrete Handlungsziele ab. Zudem versuchen Sie die dafür notwendigen Leistungen abzuschätzen.
* Im Anschluss ermittelt die Abklärung individuelle Unterstützung (AIU) die Stunden an benötigten Leistungen.



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allgemeine Angaben**  (Fragen 1. - 6.) | **Persönliche Ziele**  (Frage 7.) | **Konkrete Handlungsziele**  (Frage 10.) | **Ermittlung**  **notwendige Leistungen** (Frage 11.) |
| **Einschätzung Ihrer Lebenssituation**  (Frage 8.) |
|  | **Zielüberprüfung**  Frage 9. (🡪 nur bei Folge-IHP) |  |  |

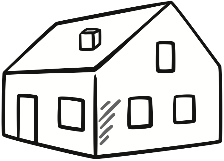
**Wer unterstützt mich beim Ausfüllen des IHP?**

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 ambulante Unterstützung beim selbständigen Wohnen**

**1. Angaben zur antragsstellenden Person**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefon-Nr. | Telefon-Nr. | Email | Email |

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

13-stellige Zahl / siehe z.B. Krankenkassenkarte

**2. Dies ist ein**

Erst-IHP (Ich habe bisher noch nie einen IHP ausgefüllt)

Folge-IHP (Ich habe 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 antragsstellenden Person zu beantworten. Sie soll die Fragen **so gut wie möglich selber beantworten**. Bei Bedarf kann sie sich dabei von einer selbst gewählten **Vertrauensperson unterstützen** lassen. Nur in begründeten Fällen ist ein stellvertretendes Ausfüllen durch die Vertrauensperson möglich. Eine Vertrauensperson kann z.B. ein Angehöriger, Bezugsperson aus einer Einrichtung oder jemand von der Beratungsstelle Pro Infirmis sein. |
|  | **Fremdeinschätzung**  Falls in der Antwort der antragstellenden Person wichtige Informationen fehlen, werden diese von einer Person aus dem **betreuenden Umfeld** unvoreingenommen **ergänzt**. Die Fremdeinschätzung kann z.B. von einer Fachperson aus einer Einrichtung, Sozialarbeitende, gesetzliche Vertretung, Angehörige oder Mitarbeitende einer Beratungsstelle eingebracht werden. Die antragstellende Person kann die fremdeinschätzende Person **selbst bestimmen**. 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 Handlungsziele formuliert und daraus die konkreten Massnahmen und Leistungen definiert. Daran kann z.B. die antragstellende Person, Mitarbeiter\*in der Beratungsstelle Pro Infirmis als Vertrauensperson und eine Fachperson als Fremdeinschätzung beteiligt sein. |

**5. Möchten Sie Ihre Situation selber einschätzen oder benötigen Sie die Unter- stützung einer Vertrauensperson?**

Ich kann meine Situation selber einschätzen und die Fragen ohne Hilfe beantworten

Ich werde von einer Vertrauensperson unterstützt, meine Sicht wird jedoch 1:1 wiedergegeben

Die Fragen werden stellvertretend von einer Vertrauensperson beantwortet. Ich bin aus folgenden Gründen dazu nicht in der Lage:

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

**6. Angaben zu den beteiligten Personen**

**6.1 Vertrauensperson**

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

z.B. Mutter/Vater, Sohn/Tochter, Bezugsperson, Beratungsstelle usw.

**6.2 Verfasser/in Fremdeinschätzung**

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

z.B. Fachperson aus Einrichtung, Betreuungsperson, Mutter/Vater, Sohn/Tochter, usw.

**6.3 Sonstige am IHP beteiligte Person**

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

z.B. Beistand / Beiständin, Beratungsstelle usw.

**6.4 Sonstige am IHP beteiligte Person**

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

z.B. Beistand / Beiständin, Beratungsstelle usw.

**7. Persönliche Ziele**

|  |
| --- |
| * Hier geht es um Ihre eigenen Vorstellungen zu Ihrem Leben. * Sie äußern dabei Ihre eigenen Wünsche und Ziele. * Sie oder die Person, die Ihnen hilft, schreibt Ihre Wünsche und Ziele so auf, wie Sie diese sagen. * Die Person, die Ihnen hilft, schreibt ihre eigene Meinung dazu nicht auf. * Wenn Sie keine eigenen Angaben machen können, kann die Vertrauensperson, die Ihnen hilft, stellvertretende Äußerungen aufschreiben (siehe Punkt 5).   Aus Ihren **persönlichen Zielen** werden schliesslich die **Leitziele** des Hilfeplans abgeleitet. Sie machen somit eine grundsätzliche Ausrichtung der Gesamtplanung erkennbar. |

**7.1 Wie und wo ich wohnen will**

Hier geht es um alle Fragen des Wohnens, also, wo und wie Sie wohnen möchten. Möchten Sie alleine oder mit anderen zusammenwohnen. Wenn ja, mit wem?

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

**7.2 Was ich tagsüber tun will**

Hier geht es um Beschäftigungen, die Sie ausüben möchten. Es muss sich nicht um eine Arbeit handeln, es kann sich aber um eine Arbeit handeln, für die Sie Geld bekommen.

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

**7.3 Wie ich mit anderen Menschen zusammenleben will**

Hier beschreiben Sie Ihre Beziehungen zu den Eltern, zu Geschwistern, zur Partnerin oder zum Partner, zu eigenen Kindern, zu Freunden und Bekannten oder auch anderen Menschen aus Ihrem Leben.

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

**7.4. Was ich in meiner Freizeit machen will**

Freizeit ist die Zeit, die Sie zu Ihrer freien Verwendung haben. Wie möchten Sie diese verbringen, mit was möchten Sie sich in dieser Zeit beschäftigen?

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

**7.5 Was mir sonst noch sehr wichtig ist**

Hier können Sie alles aufschreiben, was Sie bisher nicht genannt haben und was Ihnen sonst noch wichtig ist.

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

**8. Betrachtung Ihrer aktuellen Lebenssituation**

|  |
| --- |
| An dieser Stelle beschreiben Sie ausführlicher, was für Sie und für Ihre weiteren Planungen wichtig ist. Sie können hier aufschreiben, was hilfreich für Sie ist, Ihr Leben so zu leben, wie Sie das möchten. Sie können auch aufschreiben, was Sie hindert, Ihr Leben jetzt so zu leben, wie Sie das möchten. |

**8.1 Wie und wo ich jetzt lebe**

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

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

**Ergänzende Fremdeinschätzung**

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

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

**8.2 Was ich selbständig machen kann**

Was können Sie im Alltag selbständig machen? (z.B. Körperpflege, einkaufen gehen, Kontakte pflegen, zur Arbeit fahren usw.)

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

**Ergänzende Fremdeinschätzung**

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

**8.3 Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will**

Gibt es Menschen oder Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, technische Hilfsmittel), die Ihnen aktuell helfen? Gibt es besondere Gegebenheiten in Ihrer Umwelt, die Ihnen weiterhelfen (z.B. gute Busverbindungen, Geschäfte in der näheren Umgebung, eine für Sie geeignete Wohnumgebung)?

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

**Ergänzende Fremdeinschätzung**

Förderfaktoren wie z.B. Unterstützung durch Beziehungen usw.

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

**8.4 Was ich nur mit Unterstützung machen kann**

Welche Einschränkungen haben Sie im Alltag? Wo benötigen Sie Unterstützung?

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

**Ergänzende Fremdeinschätzung**

Beeinträchtigung der Aktivitäten, z.B. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Kontakte usw.

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

**8.5 Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will**

Fehlen Ihnen Hilfsmittel?

Gibt es besondere Gegebenheiten in Ihrer Umgebung, die Sie behindern (z.B. keine guten Busverbindungen, keine Geschäfte in der Nähe, keine passende Wohnumgebung)?

Gibt es Menschen in Ihrer Umgebung, die Sie behindern, so zu leben, wie Sie dies möchten?

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

**Ergänzende Fremdeinschätzung**

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

**8.6 Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen**

Gibt es Punkte, die wichtig sind, um Sie und Ihre Situation zu verstehen? z.B. bisherigen Erfahrungen, persönliche Eigenschaften, wichtige Dinge aus Ihrer Vorgeschichte (u.a. medizinische Angaben und andere für Sie wichtige Information)

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

**Ergänzende Fremdeinschätzung**

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

**8.7 Wie ich meine Selbständigkeit in Bezug auf einen eigenen Haushalt einschätze**

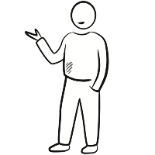
An dieser Stelle geht es um eine ergänzende Einschätzung Ihres Selbständigkeitsgrades in einzelnen Bereichen des täglichen Lebens. Diese Angaben helfen uns später konkrete Massnahmen zu definieren.

**Grad der Selbständigkeit**

**1.** Selbstständig (kann ich alleine)

**2.** Anleitung (kann ich nur mit Unterstützung)

**3.** Übernahme durch Dritte (macht jemand für mich)

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Selbsteinschätzung** | | |  | **Fremdeinschätzung** | | |
| **Grad der Selbständigkeit** | **1** | **2** | **3** |  | **1** | **2** | **3** |
| **Tagesstrukturierung**  z.B. Terminplanung, Organisation des Tagesverlaufes |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bewältigung von Alltagssituationen**  z.B. Probleme am Arbeitsplatz, Gesundheit, Krisenbewältigung |  |  |  |  |  |  |  |
| **Einfache administrative Tätigkeiten**  z.B. Post verarbeiten, Zahlungen tätigen, einfache Korrespondenzen |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ernährung**  z.B. Menüplanung, einfache Mahlzeiten zubereiten, Küche in Ordnung halten |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wohnungspflege**  z.B. Reinigung der Böden, Nasszellen (Bad, WC, Lavabo), gründliche Küchenreinigung usw. |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wäsche- und Kleiderpflege**  z.B. Bedienung Waschmaschine, Aufhängen und Zusammenlegen der Wäsche |  |  |  |  |  |  |  |
| **Einkauf**  z.B. Planung und Einkauf alltäglicher Dinge (Lebensmittel, Hygieneartikel usw.) |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kontaktpflege extern**  z.B. Besuch von Ärzt\*innen, Therapeut\*innen, Behörden, Coiffeur\*innen |  |  |  |  |  |  |  |
| **Freizeitgestaltung und Teilnahme**  z.B. Hobbies ausüben, persönliche Kontakte pflegen, Sport treiben |  |  |  |  |  |  |  |

**9. Zielüberprüfung (nur bei Folge-IHP)**

|  |  |
| --- | --- |
| Eine Zielüberprüfung findet **nur bei einem Folge-IHP** statt. Bei einem Erst-IHP kann diese Seite leer gelassen werden.  Hier wird überprüft, ob die beim letzten IHP festgelegten Ziele erreicht worden sind. Ziele, die nicht erreicht worden sind, können auch weitergeführt werden.  Wichtig:Die Zielüberprüfung stellt keine Kontrolle dar, die einen direkten Einfluss auf die Leistungen der Person mit Behinderung hat. Vielmehr soll es die Definition der neuen Ziele und Massnahmen unterstützen. |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Ziele gemäss letztem IHP** | Erreicht | Teilweise erreicht | Nicht erreicht | **Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?**  Hier ist nicht nur die Hilfe durch Fachpersonen bzw. nicht qualifizierte Personen gemeint, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren. |
| … | … |  |  |  | … |
| … | … |  |  |  | … |
| … | … |  |  |  | … |
| … | … |  |  |  | … |
| … | … |  |  |  | … |
| … | … |  |  |  | … |

**10. Planung**

|  |  |
| --- | --- |
| Um das **Leitziel des selbständigen Wohnens** zu erreichen, werden gemeinsam maximal sechs **Handlungsziele** definiert. Damit der Erfolg der Ziele später auch gemessen werden kann, sind diese nach den **SMART-Kriterien** zu formulieren:  **S**pezifisch: Ziele müssen konkret, eindeutig und präzise sein.  **M**essbar: Ziele müssen so formuliert werden, dass überprüfbar ist, ob sie erreicht wurden oder nicht.  **A**ttraktiv: Die formulierten Ziele müssen für die Person mit Behinderung attraktiv und akzeptiert sein.  **R**ealistisch: Ziele sind so zu formulieren, dass diese auch erreicht werden können.  **T**erminiert: Die Ziele sollen innerhalb eines definierten Zeitraums erreichbar sein.  Leit- und Handlungsziele können sich auf eine Veränderung der Situation beziehen (Änderungsziel), müssen es aber nicht. Soll die aktuelle Lebenssituation genauso weitergeführt werden, gilt dies als gleichwertiges Ziel (Erhaltungsziel).  Bei jedem Ziel muss angegeben werden, bis wann dieses erreicht werden soll. Dieses Datum muss innerhalb des Planungszeitraums des IHP liegen, d.h. maximal drei Jahre in der Zukunft. Wenn bereits eine Vorstellung darüber besteht, wer diese Massnahmen erbringen kann, ist dies ebenfalls in der Planung festzuhalten, ansonsten wird diese Spalte frei gelassen. Massnahmen können z.B. von einer Fachperson der ambulanten Wohnbegleitung oder Privatpersonen erbracht werden. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Was soll zukünftig konkret erreicht werden?** (Handlungsziele) | **Bis wann?**  TT.MM.JJJJ | **Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?** (Massnahmen) | **Wer soll das tun?** | **Wo soll das gemacht werden?** |
| … | … | TT.MM.JJJJ | … | … | … |
| … | … | TT.MM.JJJJ | … | … | … |
| … | … | TT.MM.JJJJ | … | … | … |
| … | … | TT.MM.JJJJ | … | … | … |
| … | … | TT.MM.JJJJ | … | … | … |
| … | … | TT.MM.JJJJ | … | … | … |

**11. Notwendige Leistungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Die Übersetzung der geplanten Massnahmen in entsprechende Leistungen ist der letzte Schritt im IHP. Als erstes werden auf dieser Seite die **bereits erbrachten Unterstützungsleistungen** aufgeführt (z.B. durch Angehörige, Wohnbegleitung, Spitex, Beistand usw.)  Die Tageszeit erfasst, wann die Leistung erbracht wird (Tag oder Nacht). Wird eine Person nur auf Abruf benötigt, kann dies in der Spalte Bereitschaft vermerkt werden. Bei der Personalleistung unterscheidet man zwischen:   * **Fachpersonal:** Diese Leistungen werden von Personen mit einer anerkannten Ausbildung erbracht (z.B. durch psych. Spitex, Wohnbegleitung) * **Nicht qualifiziertes Personal:** Diese Leistungen werden von Personen ohne anerkannte Ausbildung erbracht (z.B. durch Angehörige). |  |

**Diese Unterstützungsleistungen werden bereits erbracht:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tageszeit** | | **Bereit-schaft** | **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| Auf dieser Seite wird der **zukünftige Unterstützungs- und Betreuungsbedarf** aufgeführt.Als Basis dafür dient die unter Punkt 10 gemachte Planung. Es gilt nun zu definieren, welche Unterstützungsleistungen notwendig sind um die definierten Handlungsziele zu erreichen. Dies geschieht wiederum im Dialog aller beteiligten Personen, die beim Ausfüllen des IHP unterstützt haben. Die Nummerierung wird von der Planung (Punkt 10) übernommen.  Die Tageszeit erfasst, wann die Leistung erbracht werden soll (Tag oder Nacht). Bereitschaftsleistungen sind keine direkten Betreuungsleistungen. Sie können dann beantragt werden, wenn eine Betreuungsperson auf Abruf benötigt wird, damit diese bei Bedarf und kurzfristig eine Fach- oder nicht qualifizierte Leistung erbringen kann. Bei der Personalleistung unterscheidet man zwischen:   * **Fachpersonal:** Diese Leistungen müssen von einer Person mit einer anerkannten Ausbildung erbracht werden. Dies betrifft insbesondere Betreuungsleistungen, welche eine Anleitung, Information oder Beratung umfassen. * **Nicht qualifiziertes Personal:** Diese Leistungen können auch von Personen ohne anerkannte Ausbildung (z.B. Personen aus dem privaten Umfeld der antragstellenden Person) erbracht werden. Dies betrifft vor allem Unterstützungsleistungen, bei welchen die Betreuungsperson stellvertretende oder begleitende Tätigkeiten übernimmt. |  |

**Diese Unterstützungsleistungen sollen zukünftig erbracht werden:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tageszeit** | | **Bereit-schaft** | **Personalleistung** | | **Umfang in Stunden und Minuten pro Woche** | **Name und Adresse des Leistungserbringers** |
| Nr. | 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 |

**12. 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.

**Antragsstellende Person**

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

**gesetzliche Vertretung falls notwendig (Beistand, Eltern, Vormund)**

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

**Verfasser/in der Fremdeinschätzung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.