

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte • 10704 Berlin

Dienstgebäude: Ruhrstraße 2, 10709 Berlin (Wilmersdorf)
Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240

Versicherungsnummer	BKZ	MSNR
---------------------	-----	------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Bearbeitungskennzeichen (BKZ), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben



Teil I

Teilhabeplan für

Name, Vornamen	Datum der Erstellung
----------------	----------------------

1 Angaben zur Person

Name, Vornamen		Geburtsdatum	
Geburtsname			
Straße, Hausnummer		Telefon (Vorwahl / Ruf-Nr.)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail	
Staatsangehörigkeit		Geschlecht	
		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis	ggf. Aufenthaltsort		
Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft			
erlernter Beruf			
zuletzt ausgeübte Tätigkeit		arbeitslos seit:	

2 Erziehungsberechtigter / Betreuer / Bevollmächtigter

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Telefon (Vorwahl / Ruf-Nr.)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail	
Betreuungsverhältnis	
eingeleitet am	
Betreuungsverhältnis eingeleitet durch	
Aktenzeichen	

3 Behandelnde Ärzte

Name	Telefon (Vorwahl / Ruf-Nr.)
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Name	Telefon (Vorwahl / Ruf-Nr.)
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

4 Aktuelle Leistungen zur Teilhabe (bewilligt, laufend, abgeschlossen)

Art der Leistung		
Zeitraum		
Ort		
Einrichtung		
Reha-Träger		

5 Art der Krankheit / Behinderung und Angaben zur Notwendigkeit von Teilhabeleistungen unter Berücksichtigung der beruflichen / privaten Situation

--

6 Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen / des Betroffenen in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe

--

7 Feststellungen des Reha-Trägers zum Teilhabebedarf unter Berücksichtigung der Ziffern 5 und 6

--

8 Art der beantragten / vorgesehenen Leistungen und zuständige Reha-Träger

Art der Leistung	Reha-Träger	
Anschrift des Reha-Trägers		Aktenzeichen
Art der Leistung	Reha-Träger	
Anschrift des Reha-Trägers		Aktenzeichen

9 Sonstiges (z. B. weiterer Verfahrensgang)

--

10 Teilhabeplan wurde erstellt von:

Name	Tel. / Fax / E-Mail
Anschrift / Institution	

Unterschrift des koordinierenden Reha-Trägers

Datum, Unterschrift der Betroffenen / des Betroffenen

11 Erklärung der Betroffenen / des Betroffenen

Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung des § 35 SGB I und den Vorschriften der geltenden Datenschutzgesetze erhoben werden. Ich stimme der Datenweitergabe - auch im Falle der Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplanes - an die Beteiligten zu.

Anlagen

Unterschrift der Betroffenen / des Betroffenen



Teil II

Teilhabeplan für

Name der Betroffenen / des Betroffenen	Aktenzeichen / VSNR
--	---------------------

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Betroffene / den Betroffenen ist ein Teilhabeplan zu erstellen. Weitere von hier für erforderlich gehaltene Leistungen zur Teilhabe bitten wir zu prüfen (s. auch Teil I Ziffer 8 des beigefügten Teilhabeplans). Wir bitten zunächst um unverzügliche Mitteilung Ihrer Vorstellungen zu den vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe gemäß § 6 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung "Teilhabeplan" auf diesem Vordruck.

Sofern im weiteren Verfahren von Ihnen Leistungen zur Teilhabe bewilligt oder abgelehnt werden, bitten wir um Übersendung der Bescheide.

Vielen Dank.

Angaben des beteiligten Reha-Trägers zu vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe

1	Art, Umfang und Ziel der Leistungen:

2	Voraussichtlicher Beginn, Dauer und Ort der Leistungen:

3	Sonstige Hinweise:

4 Leistungen zur Teilhabe kommen zzt. nicht in Betracht, weil:

--

5 Ansprechpartner

Name	Tel.
Anschrift	Telefax, E-Mail

Anlagen

Unterschrift

Urschriftlich

--

**Bundesversicherungsanstalt
für Angestellte**

10704 Berlin

--



Teil III

Teilhabeplan für

Name der Betroffenen / des Betroffenen	Aktenzeichen / VSNR
--	---------------------

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersenden wir Ihnen den Teilhabeplan für die genannte Betroffene / den genannten Betroffenen zur Kenntnis und ggf. weiteren Veranlassung.

Teilhabeplan

Zeitraum	Leistungen (einschließlich Art, Umfang, Form, Dauer und Ort)
Reha-Träger	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> Leistungen vorgesehen <input type="checkbox"/> Leistungen bewilligt	

Zeitraum	Leistungen (einschließlich Art, Umfang, Form, Dauer und Ort)
Reha-Träger	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> Leistungen vorgesehen <input type="checkbox"/> Leistungen bewilligt	

Zeitraum	Leistungen (einschließlich Art, Umfang, Form, Dauer und Ort)
Reha-Träger	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> Leistungen vorgesehen <input type="checkbox"/> Leistungen bewilligt	

Zeitraum	Leistungen (einschließlich Art, Umfang, Form, Dauer und Ort)
Reha-Träger	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> Leistungen vorgesehen <input type="checkbox"/> Leistungen bewilligt	

Wir bitten allen Beteiligten Änderungen / Anpassungen des Teilhabeplanes umgehend mitzuteilen.

5 Ansprechpartner des koordinierenden Reha-Trägers	
Name, Vorname	Tel.
Straße und Hausnummer	Telefax, E-Mail
Postleitzahl	Ort

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift