

Name des Kindes, Geburtsdatum, Adresse

**Vorlage**  
**Entscheidungskonferenz am**

**Familiensituation**

Mutter: , , ,

Vater: , ,

**Zuständigkeitsprüfung erfolgt**  
(Jugendhilfeantrag an WJH -> Kopie zurück an ASD)

**Wirtschaftliche Situation der Familie**

Ausländerrechtlicher Status:

Ausweisdokument:

Sorgerechtsnachweis:

**Wiedervorlage:**  
**Az. WJH:**  
**Hilfebeginn:**  
**Leistungserbringer:**  
**Honorar/Entgelt: 0,00 €**  
**Monatliches Stundenkontingent:**  
**Std./Monat:**

**Bisherige Hilfen/ Maßnahmen:**

von	bis	Maßnahme	Hilfeart	Leistungserbringer
-----	-----	----------	----------	--------------------

**Name des Kindes, Geburtsdatum, Adresse**

Darstellung des aktuellen Hilfebedarfs:

Ressourcen:

Entscheidungsvorschlag:

Ziele:

Name des Kindes, Geburtsdatum, Adresse

## Eko – Beschluss

Datum:

### Standard:

<input type="checkbox"/> Gefahrenabwehr bei Kindeswohlgefährdung <input type="checkbox"/> § 27 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 30 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 31 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 33 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 34 SGB VIII	<input type="checkbox"/> Hilfen für Kinder und Jugendlichen in neuen Lebensformen <input type="checkbox"/> § 33 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 34 SGB VIII
<input type="checkbox"/> Stärkung und Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit <input type="checkbox"/> § 27 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 30 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 31 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 32 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 33 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 34 SGB VIII	<input type="checkbox"/> Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII)  Beschreibung der Eingliederungshilfe
	<input type="checkbox"/> Hilfen zur Verselbstständigung <input type="checkbox"/> § 41 SGB VIII in Ausgestaltung des <input type="checkbox"/> § 30 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 33 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 34 SGB VIII <input type="checkbox"/> § 35a SGB VIII als ambulante Hilfe im Rahmen von Fachleistungsstunden

Schulische Inklusion

### Entscheidung:

fallführend:  ASD  PKD  JGH  Eingliederungshilfe

Absprachen über Verantwortlichkeiten (intern/ extern):

Umfang der Hilfe: Std./ Mon Kontingent

Bewilligungszeitraum: Monate

Wiedervorlage:

Teilnehmer:

---

Hilfebeginn:

Leistungserbringer:

Angebotsform:  Regelangebot  Intensivangebot  Verselbständigung

Vereinbartes Entgelt: