



## Obwaldner Unterstützungsplan

Der Obwaldner Unterstützungsplan (OUP) ist ein Fragebogen, um den individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen zu erheben. Dabei ist die Sicht der Person zentral. Bei einigen Fragen wird nach einer ergänzenden Sicht gefragt oder es wird ein Dialog empfohlen. Die einzelnen Fragen sind entsprechend gekennzeichnet.



Persönliche Sicht



Ergänzende Sicht



Dialog

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

### 1.1 Angaben zum Unterstützungsplan



#### 1 Allgemeine Angaben

- Erster Unterstützungsplan (*Ich habe noch nie einen Unterstützungsplan ausgefüllt*)
- Folge-Unterstützungsplan bei Bedarfsüberprüfung bzw. Bedarfsveränderung (*Ich habe schon einmal einen Unterstützungsplan ausgefüllt und eingereicht*)

Datum \_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

### 1.2 Angaben zur Person



#### 1.2.1 Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... AHV-Nummer: .....

Adresse: .....

Wohnhaft an dieser Adresse seit: .....

Erreichbar unter (Telefon und/oder E-Mail): .....

**Bitte geben Sie eine Telefonnummer für die Vereinbarung eines Abklärungs-Gesprächs an** .....

<b>IV-Status:</b>			
<input type="checkbox"/> IV-Rente	<input type="checkbox"/> IV angemeldet		
<input type="checkbox"/> IV-Assistenzbeitrag	<input type="checkbox"/> IV-AB angemeldet		
	<input type="checkbox"/> IV weitere Leistungen		
Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel
			<input type="checkbox"/> schwer
Weitere Leistungen aus Sozialversicherungen:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja:	
Beistandschaft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche Art der Beistandschaft Und Kontaktangabe:			

### 1.2.2 Beschreibung des Grundes für den Unterstützungsbedarf

Wieso brauche ich Unterstützung?

(z. B. Art der Behinderung, Diagnose, Beschreibung der Lebensumstände, etc.)

Sie können Arztberichte oder andere Berichte beifügen.



### 1.3 Am Unterstützungsplan beteiligte Personen

---

In diesem Abschnitt geben Sie an, wer alles am Ausfüllen des Unterstützungsplans beteiligt ist. Falls Sie sich unsicher fühlen, können Sie diese Fragen auch am Schluss beantworten.

#### 1.3.1 Verfasser/in persönliche Sicht

Die persönliche Sicht wurde...

- von mir allein ausgefüllt
- zusammen mit einer Vertrauensperson meiner Wahl ausgefüllt
- zusammen mit einer zugeteilten Interviewperson ausgefüllt
- teilweise oder stellvertretend für mich von einer Vertrauensperson meiner Wahl ausgefüllt  
(nur in begründeten Fällen möglich)

Begründung:

**1.3.2 Angaben zu weiteren beteiligten Personen:**

keine (weiter zu Abschnitt 2)

**Person 1:**

Beziehung zur antragstellenden Person:

- Privatperson
- gesetzliche Vertretung
- Fachperson einer Institution (z. B. Bezugsperson)
- Fachperson einer zuweisenden Stelle
- Mitarbeitende einer Beratungsstelle
- andere:

Beteiligt als:

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

Name: .....

Vorname: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Institution /Funktion (falls vorhanden): .....

**Person 2:**

Beziehung zur antragstellenden Person:

- Privatperson
- gesetzliche Vertretung
- Fachperson einer Institution (z. B. Bezugsperson)
- Fachperson einer zuweisenden Stelle
- Mitarbeitende einer Beratungsstelle
- andere:

Beteiligt als:

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

Name: .....

Vorname: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Institution /Funktion (falls vorhanden): .....

**Weitere Personen:**

.....

.....

.....

## 2 Fähigkeiten- und Fertigkeitenliste

Bitte geben Sie an, was Sie selbstständig machen können und bei was Sie Unterstützung benötigen. Nehmen Sie als Ausgangspunkt Ihre aktuelle Wohn- und Arbeitssituation / Tagesstruktur.

- Es geht um eine allgemeine Einschätzung und nicht um eine genaue Messung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Angaben haben keinen Einfluss auf den vom Kanton anerkannten Unterstützungsbedarf.
- Fähigkeiten oder Fertigkeiten, welche Sie nicht betreffen (z.B. Kindererziehung, Aus- und Weiterbildung etc.) können Sie auslassen.
- Es steht Ihnen pro Abschnitt ein Bemerkungsfeld zur Verfügung, in welchem Sie ergänzende Informationen anbringen können.
- Falls die Person, welche die ergänzende Sicht ausfüllt, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderes einschätzt, kann sie dies mit einem Kreuz kennzeichnen.
- Falls die Liste stellvertretend ausgefüllt wird, geben Sie dies bitte am Ende an. Auch in diesem Fall ist eine abweichende ergänzende Sicht möglich.



### Erklärung der Skala:

*Kann ich allein*

Sie brauchen dafür keine Unterstützung.

*Kann ich meistens/grösstenteils allein*

Sie brauchen nur bei einem Teil der beschriebenen Fähigkeit / Fertigkeit Unterstützung oder ihr Unterstützungsbedarf ist schwankend.

*Kann ich nur mit Unterstützung*

Sie brauchen für die Fähigkeit / Fertigkeit immer jemanden, der Sie unterstützt.

*Macht jemand für mich*

Tätigkeit führt jemand für Sie stellvertretend aus (unabhängig davon, ob sie es selber können oder nicht).

*Abweichende ergänzende Sicht*

Die Person, welche die ergänzende Sicht ausfüllt, schätzt die Fähigkeit / Fertigkeit anders ein.

### Allgemeine Fähigkeiten

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende ergänzende Sicht
Lernen und Problemlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechnen und Zahlenverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung (räumlich und / oder zeitlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Alltag strukturieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung ausser Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

**Kommunikation**

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende er- gänzende Sicht
Sprechen und sich mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

**Gesundheit und Wohlbefinden**

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende er- gänzende Sicht
Gesund leben (z.B. Ernährung, Bewegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Anweisungen einhalten (inkl. Medikamente richten und einnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztbesuche abmachen und wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf eigene Bedürfnisse achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance zwischen Ruhe und Aktivität finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung anfordern und annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit innerer Spannung und Impulskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation und Antrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Krisen und Stressfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Krankheit/Behinderung umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Ängsten und Zwängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

**Administration und Verwaltung**

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende er- gänzende Sicht
Termine organisieren und planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltäglicher Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontoführung, Rechnungen bezahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrative Aufgaben erledigen (z. B. Briefverkehr, Steuererklärung, Versicherungsangelegenheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit Ämtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechte einfordern und ausüben (z.B. Gesetze, Wählen, Abstimmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

**Alltägliche Lebensverrichtungen und Haushalt**

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende er- gänzende Sicht
Aufstehen, zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleider an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Sauberkeit und Wetterangemessenheit der Kleider achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen und/oder Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege (sich waschen, duschen, Zähne putzen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt führen (Wohnung putzen, Kleider waschen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen und Besorgungen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

**Freizeit und soziales Leben**

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende er- gänzende Sicht
Freizeitaktivitäten planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte knüpfen und aufrechterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teil einer Gruppe sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgangsregeln beachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindererziehung und -betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

**Arbeit / Tagesstruktur**

	Kann ich allein	Kann ich meistens / grösstenteils allein	Kann ich nur mit Unterstützung	Macht jemand für mich	Abweichende er- gänzende Sicht
Aus- und Weiterbildung machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsstelle suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anweisungen verstehen und umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit ausüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsbedingungen einhalten (Arbeitszeiten, Verhalten gegenüber Mit- arbeitenden und Vorgesetzten etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:					

Diese Fragen wurden

- von mir persönlich beantwortet  
 stellvertretend für mich beantwortet



### 3 Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es geht hier um Ihre angestrebte Wohn- und Lebensform. Formulieren Sie Ihre eigenen Wünsche und Ziele. Diese werden als leitende Ziele ohne Kommentar oder Bewertung durch andere Personen aufgenommen. Bitte geben Sie jeweils an, ob es sich um Ihre eigenen oder stellvertretenden Äusserungen handelt.

#### 3.1 Wie und wo will ich wohnen?



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

#### 3.2 Was will ich den Tag über tun oder arbeiten?



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

### 3.3 Was will ich für Beziehungen und Kontakte?



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

### 3.4 Was will ich in der Freizeit machen?



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

### 3.5 Was ist mir sonst noch wichtig?

Hier können Sie Dinge schreiben, die Ihnen für die Zukunft wichtig sind, welche Sie aber bisher noch nicht aufschreiben können. Sie können das Feld auch leer lassen.

Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

## 4 Erfassung der aktuellen Lebenssituation

Es geht hier darum, wie Sie jetzt leben, was sie am Tag tun, was Sie selbstständig machen können und für was Sie Unterstützung benötigen.

In diesem Teil des Unterstützungsplans werden durchgehend zwei Sichtweisen berücksichtigt: Ihre persönliche Sichtweise und die Sichtweise einer zweiten Person (ergänzende Sicht). Diese Person kann weitere Hintergründe ergänzen. Die beiden Perspektiven können unterschiedlich sein und stehen gleichberechtigt nebeneinander.

### 4.1 Wie und wo lebe ich jetzt?



Beschreibung Ihrer aktuellen Lebenssituation (z.B. Wie und wo wohnen Sie? Was machen Sie am Tag? Was machen Sie in der Freizeit? Mit wem haben Sie Kontakt? Was ist Ihnen sonst noch wichtig?). Es können alle Lebensbereiche angesprochen werden.

Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

### Ergänzende Sicht

Ergänzen Sie Aspekte, welche in der persönlichen Sicht noch nicht erwähnt wurden.



## 4.2 Was kann ich selbstständig machen?

---

Beschreiben Sie, was Sie aktuell selbstständig, also ohne Unterstützung durch andere Personen oder Hilfsmittel, machen können.



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

### **Ergänzende Sicht**

Ergänzen Sie Aspekte, welche in der persönlichen Sicht noch nicht erwähnt wurden.



### **4.3 Wer oder was hilft mir schon jetzt, so zu leben, wie ich will?**

---

Beschreiben Sie, welche Personen Ihnen helfen, welche Hilfsmittel Sie verwenden oder welche anderen Faktoren (z.B. räumliche Voraussetzungen) Ihre Alltagsgestaltung erleichtern.



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

#### **Ergänzende Sicht**

Ergänzen Sie Aspekte, welche in der persönlichen Sicht noch nicht erwähnt wurden.



#### 4.4 Was kann ich nur mit Unterstützung machen?

---

Beschreiben Sie, bei welchen Tätigkeiten oder Aktivitäten Sie die zuvor erwähnte Unterstützung brauchen (z.B. Anziehen, Körperpflege, Putzen, Kochen, Einkaufen, Fortbewegung, Kontakte mit anderen Personen, Sprechen, Freizeitaktivitäten, etc.).



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

#### Ergänzende Sicht

Ergänzen Sie Aspekte, welche in der persönlichen Sicht noch nicht erwähnt wurden.



#### 4.5 Wer oder was hindert mich daran, so zu leben, wie ich will

---

Beschreiben Sie hier, welche Unterstützung (durch Personen oder Hilfsmittel) Ihnen fehlt oder welche Hindernisse (z.B. bauliche oder räumliche Hindernisse) bestehen.



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

#### Ergänzende Sicht

Ergänzen Sie Aspekte, welche in der persönlichen Sicht noch nicht erwähnt wurden.



#### **4.6 Was ist weiter wichtig, um mich oder meine Situation zu verstehen?**

Dazu gehört zum Beispiel Ihr Lebenslauf, wichtige Beeinträchtigungen oder Ihre bisherige medizinischen oder pädagogischen Vorgeschichte, aber auch andere bisherige Erfahrungen, persönliche Eigenschaften oder Lebensweisen.



Diese Frage wurde

- von mir persönlich beantwortet
- stellvertretend für mich beantwortet

#### **Ergänzende Sicht**

Ergänzen Sie Aspekte, welche in der persönlichen Sicht noch nicht erwähnt wurden.





## 5 Zielüberprüfung

Dieses Blatt müssen Sie nur ausfüllen, falls es sich um einen Folge-Unterstützungsplan handelt. Falls Sie das erste Mal einen Obwaldner Unterstützungsplan ausfüllen, fahren Sie mit Abschnitt 6 weiter.

In *Spalte a* schreiben Sie, welche Ziele Sie im letzten Unterstützungsplan angegeben haben. In *Spalte b* geben Sie an, inwiefern das Ziel erreicht werden konnte. In *Spalte c* schreiben Sie, was Ihnen bei der Zielerreichung geholfen hat oder was hinderlich war.



a. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? (Ziele aus dem letzten Unterstützungsplan aufnehmen)	b. Das Ziel wurde			c. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen? (nicht nur Hilfe durch Fachpersonen, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren)
	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
	<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"/>	

## 6 Zielplanung

**Leitziele** (kurze und prägnante Formulierung der Ziele aus Abschnitt 3)

Gilt für den Zeitraum

von ..... bis .....

(Tag/Monat/Jahr)



	a. Was soll zukünftig konkret erreicht werden?	b. Bis wann? <sup>1</sup> (TT.MM.JJJJ)	c. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen (Massnahme)?	d. Wer soll das tun?	e. Wo soll das gemacht werden?
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

<sup>1</sup> Das Datum für die Erreichung des Teilziels sollte innerhalb des beantragten Zeitraumes des Unterstützungsplans liegen. Bitte geben Sie an, falls für eine Massnahme einen längeren Zeitraum benötigt wird.

## 7 Leistungsplanung

Wenn der Unterstützungsplan zum ersten Mal aufgefüllt wird, kann dieser Schritt auch ausgelassen werden. In diesem Fall ist es die Aufgabe der Abklärungsstelle, die Massnahmen in Leistungen zu übersetzen.



a. Nummer der Massnahme (aus Abschnitt 6, Spalte c)	b. Tageszeit		c. Form der Leistung		d. Umfang in Stunden / Minuten pro Woche	e. Name und Adresse des vorgesehenen Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu jeweiligen Leistungen zuordnen)
	am Tag (6.00-22.00)	nachts (22.00-6.00)	Assistenz	Fachleistung		
	<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"/>		

## 8 Bestätigung und Einwilligung

Beim Unterstützungsplan handelt es sich um ein Bedarfsabklärungsinstrument, das im Rahmen der Prüfung einer Finanzierung von ambulanten Betreuungsformen nach den gesetzlichen Bestimmungen<sup>2</sup> zur Förderung von Menschen mit einer Behinderung zum Einsatz kommt. Die erhobenen Daten werden benötigt, um den individuell erforderlichen Unterstützungsbedarf festzulegen.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Unterstützungsplanung erhobenen personenbezogenen Daten ausschliesslich zur Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs und der erforderlichen Leistungen verwendet werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass ein Kurzbericht zum Unterstützungsplan im Rahmen des Gesuches um Kostengutsprache an das Sozialamt des Kanton Obwalden weitergeleitet wird.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an das Sozialamt des Kanton Obwalden und an die Pro Infirmis bin ich einverstanden. Ebenso stimme ich der Speicherung und Bearbeitung der Daten im Zusammenhang mit dem Gesuch um Kostengutsprache gemäss Art. 1 ff. VO (GDB 410.13) zu. Gleichzeitig ermächtige ich die erbringenden Organisationen der beantragten Unterstützungsleistungen, die personenbezogenen Daten im Einklang mit der für sie geltenden Datenschutzgesetzgebung zu speichern und zu bearbeiten.

Die betreuungsbedürftige Person berechtigt die abklärende Stelle betreffend Festlegung des Unterstützungsbedarfes soweit notwendig bei den weiteren am Unterstützungsplan beteiligten Personen (siehe Ziffer 1.3.2), Versicherungen (z.B. Invalidenversicherung) und Gemeindebehörden (z.B. Regionaler Sozialdienst) erforderliche Auskünfte und Unterlagen einzuholen und entbindet diese Personen von deren allfälligem Amtsgeheimnis bzw. Schweigepflicht.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschriftsberechtigte Person**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift Verfasser/in ergänzende Sicht**

<sup>2</sup> Art. 112b und 112c BV (SR 101), Art. 2 und 3 IFEG (SR 831.26), Art. 1 und 2 Verordnung über Leistungsangebote in den Bereichen Sozialpädagogik, Sonderschulung und Förderung von Menschen mit einer Behinderung (GDB 410.13)

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular an folgende Adresse:  
Sicherheits- und Sozialdepartement, Sozialamt Obwalden, Dorfplatz 4, 6060 Sarnen  
oder per E-Mail an: [administration.sa@ow.ch](mailto:administration.sa@ow.ch)