|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsdokumentation** | | | |
| Kind | Geburtsdatum | | Monat |
| Eingliederungshilfe in Form von | Hilfebeginn | | Förderplan vom |
| Name und Adresse der Einrichtung | | | |
| Ansprechpartner Einrichtung | | Ansprechpartner ASD | |
| Abwesenheit (Kur, krank) | | Sonstiges | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ziel 1:** |  |
| **Ziel 2:** |  |
| **Ziel 3:** |  |
| **Ziel 4:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Uhrzeit | Ziel | Leistungserbringung |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Bemerkungen der Einrichtung/ Hinweise |

|  |
| --- |
| **Stand der Zielerreichung** |
| **Ziel 1** |
| **Ziel 2** |
| **Ziel 3** |
| **Ziel 4** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Datum/ Unterschrift  Fachkraft Einrichtung |  |  |  | Datum/ Unterschrift/ Stempel  Einrichtungsleitung |