**Zuger Unterstützungsplan**

Der Zuger Unterstützungsplan (ZUP) ist ein Fragebogen, um den individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung 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. In der Wegleitung finden Sie weiterführende Informationen. Wir empfehlen, diese zu lesen.

# Allgemeine Angaben

## BenutzerAngaben zum Unterstützungsplan

Erster Unterstützungsplan *(Ich habe noch nie einen Zuger Unterstützungsplan ausgefüllt)*

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

|  |
| --- |
|  |
| *(Tag/Monat/Jahr)* |

Datum

## BenutzerAngaben zur Person

### Persönliche Angaben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| AHV-Nummer: |  |  | |
| Erreichbar unter (Telefon und/oder E-Mail): | |  | |
| **Bitte geben Sie eine Telefonnummer für die Vereinbarung eines Abklärungs-Gesprächs an** | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| IV-Status: | IV-Rente  IV angemeldet  keine IV  andere IV-Leistungen |
| Hilflosenentschädigung: | keine  leicht  mittel  schwer |

### 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.

## BenutzerAm 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.

### 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: |

### Angaben zu weiteren beteiligten Personen:

keine (weiter zu Abschnitt 2)

Person 1:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Beziehung zur antragstellenden Person: | | | Beteiligt als: | |
| Privatperson  gesetzliche Vertretung  Fachperson einer Institution (z. B. Bezugsperson)  Fachperson einer zuweisenden Stelle  Mitarbeitende einer Beratungsstelle  andere: | | | 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: | | | Beteiligt als: | |
| Privatperson  gesetzliche Vertretung  Fachperson einer Institution (z. B. Bezugsperson)  Fachperson einer zuweisenden Stelle  Mitarbeitende einer Beratungsstelle  andere: | | | Vertrauensperson bzw. unterstützende Person  Verfasser/in der fachlichen Sicht, Zweitperspektive | |
| Name: |  | Vorname: | |  |
| Telefon: |  | E-Mail: | |  |
| Institution /Funktion (falls vorhanden): | |  | | |

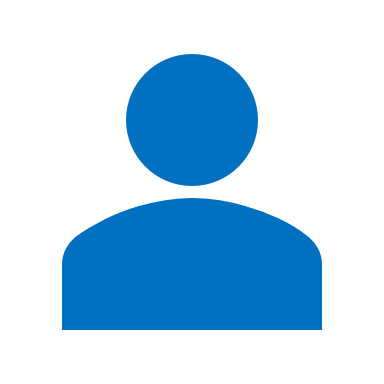
Weitere Personen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

# Fähigkeiten- und Fertigkeitenliste

Bitte geben Sie an, was Sie selbstständig machen können und bei was Sie Unterstützung benötigen. Nehmen Sie als Ausgangpunkt 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 | |  |  |  |  |  |
| Sich erinnern | |  |  |  |  |  |
| Lesen | |  |  |  |  |  |
| Schreiben | |  |  |  |  |  |
| Rechnen und Zahlenverständnis | |  |  |  |  |  |
| Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit) | |  |  |  |  |  |
| Orientierung (räumlich und / oder zeitlich) | |  |  |  |  |  |
| Entscheidungen treffen | |  |  |  |  |  |
| Den Alltag strukturieren | |  |  |  |  |  |
| Fortbewegung ausser Haus | |  |  |  |  |  |
| Fortbewegung im Haus | |  |  |  |  |  |
| Öffentliche Verkehrsmittel benutzen | |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kommunikation** | Kann ich allein | Kann ich meistens / grösstenteils allein | Kann ich nur mit Unterstützung | Macht jemand für mich | Abweichende ergänzende Sicht |
| Sprechen und sich mitteilen |  |  |  |  |  |
| Zuhören |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Administration und Verwaltung** | Kann ich allein | Kann ich meistens / grösstenteils allein | Kann ich nur mit Unterstützung | Macht jemand für mich | Abweichende ergänzende Sicht |
| Termine organisieren und planen |  |  |  |  |  |
| Alltäglicher Umgang mit Geld |  |  |  |  |  |
| Kontoführung, Rechnungen bezahlen |  |  |  |  |  |
| Administrative Aufgaben erledigen (z. B. Briefverkehr, Steuererklärung, Versicherungsangelegenheiten) |  |  |  |  |  |
| Kontakt mit Ämtern |  |  |  |  |  |
| Rechte einfordern und ausüben (z.B. Gesetze, Wählen, Abstimmen) |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Alltägliche Lebensverrichtungen und Haushalt** | Kann ich allein | Kann ich meistens / grösstenteils allein | Kann ich nur mit Unterstützung | Macht jemand für mich | Abweichende ergänzende Sicht |
| Aufstehen, zu Bett gehen |  |  |  |  |  |
| Kleider an- und ausziehen |  |  |  |  |  |
| Auf Sauberkeit und Wetterangemessenheit der Kleider achten |  |  |  |  |  |
| Mahlzeiten zubereiten |  |  |  |  |  |
| Essen und/oder Trinken |  |  |  |  |  |
| Körperpflege (sich waschen, duschen, Zähne putzen, etc.) |  |  |  |  |  |
| Toilettengang |  |  |  |  |  |
| Haushalt führen (Wohnung putzen, Kleider waschen, etc.) |  |  |  |  |  |
| Einkaufen und Besorgungen machen |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Freizeit und soziales Leben** | Kann ich allein | Kann ich meistens / grösstenteils allein | Kann ich nur mit Unterstützung | Macht jemand für mich | Abweichende ergänzende Sicht |
| Freizeitaktivitäten planen |  |  |  |  |  |
| Freizeitaktivitäten durchführen |  |  |  |  |  |
| Kontakte knüpfen und aufrechterhalten |  |  |  |  |  |
| Teil einer Gruppe sein |  |  |  |  |  |
| Umgangsregeln beachten |  |  |  |  |  |
| Kindererziehung und -betreuung |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbeit / Tagesstruktur** | Kann ich allein | Kann ich meistens / grösstenteils allein | Kann ich nur mit Unterstützung | Macht jemand für mich | Abweichende ergänzende Sicht |
| Aus- und Weiterbildung machen |  |  |  |  |  |
| Arbeitsstelle suchen |  |  |  |  |  |
| Anweisungen verstehen und umsetzen |  |  |  |  |  |
| Tätigkeit ausüben |  |  |  |  |  |
| Arbeitsbedingungen einhalten (Arbeitszeiten, Verhalten gegenüber Mitarbeitenden und Vorgesetzten etc.) |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |  |  |  |  |  |

Diese Fragen wurden

von mir persönlich beantwortet

stellvertretend für mich beantwortet

# 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 stellvertretende Äusserungen handelt.

## BenutzerWie und wo will ich wohnen?

|  |
| --- |
|  |

Diese Frage wurde

von mir persönlich beantwortet

stellvertretend für mich beantwortet

## BenutzerWas will ich den Tag über tun oder arbeiten?

|  |
| --- |
|  |

Diese Frage wurde

von mir persönlich beantwortet

stellvertretend für mich beantwortet

## BenutzerWas will ich für Beziehungen und Kontakte?

|  |
| --- |
|  |

Diese Frage wurde

von mir persönlich beantwortet

stellvertretend für mich beantwortet

## BenutzerWas will ich in der Freizeit machen?

|  |
| --- |
|  |

Diese Frage wurde

von mir persönlich beantwortet

stellvertretend für mich beantwortet

## 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

# 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.

## 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.

|  |
| --- |
|  |

## 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.

|  |
| --- |
|  |

## 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

#### RedeErgänzende Sicht

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

## 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.

|  |
| --- |
|  |

## Wer oder was hindert mich daran hindert, 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.

|  |
| --- |
|  |

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

****Dazu gehören 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.

|  |
| --- |
|  |

# Zielüberprüfung

Dieses Blatt müssen Sie nur ausfüllen, falls es sich um einen Folge-Unterstützungsplan handelt. Falls Sie das erste Mal einen Zuger 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 Unterstützungs-plan 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# 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?[[1]](#footnote-1)**  **(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. |  |  |  |  |  |

# 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Bestätigung

Beim Zuger Unterstützungsplan handelt es sich um ein Bedarfsabklärungsinstrument, das im Rahmen der Finanzierung von Modellprojekten zu ambulanten Betreuungsformen durch das Kantonale Sozialamt Zug testweise zum Einsatz kommt. Die erhobenen Daten werden benötigt, um den individuell erforderlichen Unterstützungsumfang 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 die Abklärung im Rahmen des Gesuches um Kostenübernahmegarantie an das Kantonale Sozialamt des Kantons Zug und Auszüge an die zuständige Gemeinde gemäss § 5 Abs. 4 SEG (Gesetz über soziale Einrichtungen vom 26. August 2011; BGS 861.5) weitergeleitet werden. Das Kantonale Sozialamt kann unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen Dritte mit der Bedarfsabklärung beauftragen.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an das Kantonale Sozialamt des Kantons Zug, an die vom Sozialamt beauftragte Abklärungsfachperson und an die zuständige Gemeinde bin ich einverstanden. Ebenso stimme ich der Speicherung und Bearbeitung der Daten im Zusammenhang mit dem Gesuch um individuelle Kostenübernahmegarantie gemäss § 20 SEG 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschriftsberechtigte Person** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift Verfasser/in ergänzende Sicht** |

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)