
Vorname, Name d. Betreuer/in

Str., Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel.Nr./Telefax-Nr.

**Bericht über die Führung
der Betreuung**

Amtsgericht _____

Az: ____ XVII ____

Betreuung für _____, geb. am _____
(Vorname Name)

A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse:

1. Ständiger Aufenthalt d. Betroffenen:

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Heimunterbringung ja nein Geschlossene Abteilung ja nein

2. Wer versorgt d. Betroffene/n?

versorgt sich selbst ambulante Pflegedienste
 ich, d. Betreuer/in Personal des Heims / der Einrichtung

3. Wie ist Ihr persönlicher Eindruck von d. Betroffenen?

Der Zustand d. Betroffenen hat sich
 gebessert nicht verändert verschlechtert

4. Die Betreuung

ist weiter erforderlich. kann aufgehoben werden.
 Die Aufgabenbereiche sollten geändert werden.

Begründung:

ann haben sie d. Betroffene n ilet t persönlich gesehen

In welchen eitlichen Abständen sehen b w. besuchen sie d. Betroffene n

monatlich wöchentlich täglich
 ge einsa er ausstand

ie gestalten sich Ihre ontakte In welche fang konnten sie it d. Betroffenen deren dessen Angelegenheiten besprechen

B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse :

6. Aktueller Stand des Vermögens: **(Bitte Nachweise beifügen)**

Grundbesitz: _____
Gemarkung _____ Bl. _____ Wert: _____

Kontoart KontoNr./IBAN Bankname

Girokonto _____

Sparkonto _____

Verwahrkonto im Heim/betreuten Wohnen/Wohngruppe

Die Verwendung des Verwahrgeldes kontrolliere ich

durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung.

durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung.

Das Verwahrgeld wird bestimmungsgemäß verwendet.

Summe: _____ €

Schulden _____ €

- Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. -

7. **Einkünfte** (Bitte aktuelle Kontoauszüge beifügen.)

Auszahlende Stelle:

Rente(n)/Pension _____

Krankengeld _____

Lohn/Gehalt _____

Miete/Pacht _____

Sozialleistungen

Sonstiges (z. B. Kindergeld, Landespflegegeld)

Monatlicher Barbetrag vom Kostenträger: _____

An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?

Auf ein Konto d. Betroffenen.

Die Rente ist auf den Kostenträger (_____) übergeleitet.

8. Die Heim-/Unterbringungs-/Mietkosten betragen

_____ €/Monat.

Sie werden getragen durch _____

9. Im Berichtszeitraum hat d. Betroffene folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte

(z. B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Kopie des Nachlassverzeichnisses und des Erbnachweises beifügen):

keine

10. Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:

Aufgabe von selbst genutztem Wohnraum d. Betroffenen (z. B. Kündigung)

Sonstige genehmigungspflichtige oder anzeigepflichtige Rechtsgeschäfte (z. B.

Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen, Schenkungen) - wenn ja,

welche _____

C) Angaben über Ihre Tätigkeit :

11. Gibt es Ziele für die Betreuung (z. B. Förderung der Selbständigkeit)?

Welche Maßnahmen haben Sie zur Umsetzung dieser Ziele ergriffen und geplant?

Mussten Sie auch gegen den Willen d. Betroffenen handeln?

12. Was haben Sie sonst noch zu berichten?

13. Wurde dieser Bericht mit d. Betroffenen besprochen?

Ja, am _____

Nein, weil

Was ist die Sichtweise d. Betroffenen zu
- den persönlichen Kontakten mit Ihnen?

- den Betreuungszielen und den von Ihnen getroffenen Maßnahmen?

- Hält d. Betroffene die Betreuung weiterhin für erforderlich?

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Der Antrag auf Aufwandspauschale wird aufrecht erhalten bzw. gestellt.

Die Kontodaten sind unverändert.

Aktuelle Kontodaten:

IBAN _____

bei der _____ (BIC: _____)

Auf die weitere Geltendmachung der Aufwandspauschale wird verzichtet.

Ort, Datum

Unterschrift