

**Neu!**

## Der Integrierte Teilhabeplan (ITP) in der Eingliederungshilfe – Moderator\*innenschulung

<b>Adressaten</b>	Führungskräfte sowie verantwortliche Fachkräfte der Eingliederungshilfe und der inklusiven Arbeit bei den Leistungsträgern und Leistungserbringern der Eingliederungshilfe
<b>Zielsetzung</b>	<p>Das Land Brandenburg hat sich im Zuge der landesweiten Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) entschieden und will das Instrument des Institutes Personenzentrierte Hilfen GmbH Fulda in der Eingliederungshilfe Brandenburgs einführen.</p> <p>Für Fachkräfte und Akteure im Arbeitsfeld wird es daher unverzichtbar sein, sich mit dem ITP auseinanderzusetzen. Vor dem Hintergrund eines veränderten Verständnisses von Behinderung, dem biopsychosozialen Modell der Wechselwirkungen (ICF) werden Sie in das standardisierte Arbeitsmittel ITP eingeführt. Sie lernen den Integrierten Teilhabeplan als ein Instrument zur gemeinsamen Einschätzung von Ressourcen, Beeinträchtigungen, Umweltbezügen und Hilfearten kennen. Das Seminar vermittelt theoretische Inputs und lädt Sie ein, ihre Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis eigenständig zu erarbeiten. Die Moderator*innenschulung befähigt zusätzlich zu der Anwenderschulung zur Beurteilung der Qualität von ITP und zur Zeiteinschätzung. Sie erfahren, wie die Integrierte Teilhabeplanung als Handwerkszeug zielführend eingesetzt wird.</p>
<b>Thematische Schwerpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführungspräsentation zur Personenzentrierung, ICF, Bezug zu BTHG/ SGB IX neu/ SGB XII, Schritt für Schritt – Vorstellung des ITPs, ITP und Teilhabe an Arbeit</li> <li>• Übungsphasen in Kleingruppen zur Ziel- und Indikatorenformulierung</li> <li>• Erarbeitung eines ITPs mit einem/einer anderen Schulungsteilnehmer*in (mind. S. 2-4)</li> <li>• ggfs. Übungen zur ICF-Einschätzungen</li> <li>• Rückmeldung an die Kleingruppen während der Übungsphasen, Auswertung der Kleingruppenphasen in der gesamten Gruppe</li> <li>• Erarbeitung und Verdichtung anhand von Beispielen zum Vorgehen (S. 5 des ITP)</li> <li>• Vorstellen der ITP- Zusatzbögen A, B, C und Z</li> <li>• Qualität von ITPs beurteilen können (Checkliste und Beispiel-ITPs werden gestellt)</li> <li>• Modul Zeiteinschätzung</li> </ul>
<b>Methoden</b>	Inputs, Präsentation, Beispiele aus der Praxis und konkrete Übungen
<b>Hinweis</b>	<i>Das dreitägige Seminar wird in Kooperation mit dem IPH Institut für Personenzentrierte Hilfen Fulda durchgeführt.</i>
<b>Referentin</b>	<b>Marion Kläschen</b> , Dipl.-Sozialpädagogin, Systemische Supervisorin und Coach, Reittherapeutin
<b>verantwortlich</b>	<b>Antje Sachs</b>
<b>Datum</b>	<b>4. – 5. und 11. Februar 2019, jeweils von 9.00 bis 16.00 Uhr</b>
<b>Kosten</b>	<b>675,00 Euro</b>
<b>Anmeldeschluss</b>	<b>8. Januar 2019</b>

An das  
**Paritätische Bildungswerk** Landesverband Brandenburg e. V.  
Stephensonstraße 24-26  
14482 Potsdam  
Fax-Nr.: 0331 – 7481877

Tel.-Nr.: 0331-7481875

### **Anmeldung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)**

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Workshop: **08/411\_2019**

**Thema:** ITP in der Eingliederungshilfe – Moderator\*innenschulung

**Termin:** 4.-5. und 11. Februar 2019

Anrede: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

➤ **Pflichtangaben, wenn Sie die Rechnung privat übernehmen werden:**

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
(Wird für den zukünftigen digitalisierten Versand der Seminarbestätigungen/Rechnungen benötigt.)

Für Rückfragen bin ich telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

➤ **Pflichtangaben, wenn Ihr Arbeitgeber die Rechnung übernehmen wird:**

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ FAX-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
(Wird für den zukünftigen digitalisierten Versand der Seminarbestätigungen/Rechnungen benötigt.)

**Ich bin tätig im Bereich:** \_\_\_\_\_

➤ Die **Bestätigung/Rechnung** senden Sie bitte an:  **die Privatadresse**  **die Arbeitgeberadresse**

➤ Die Einrichtung ist **Mitglied im PARITÄTISCHEN LV Brbg.** und/oder **PBW LV Brbg.**

**Ja**  / Mitgl.-Nr. \_\_\_\_\_ **Nein**

Wenn Sie Assistenzbedarf benötigen, teilen Sie uns dies bitte in der Anmeldung mit!

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Zustimmung für die Aufnahme meiner Daten in die Adressdatenbank des PBW LV Brandenburg. Meine persönlichen Daten werden entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen nur intern im PBW zu Abrechnungszwecken und zur Versendung weiterer Bildungsangebote des PBW gespeichert und verwendet. Ich kann jederzeit der Nutzung meiner Daten schriftlich widersprechen. Der Widerspruch betrifft nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bis zum Widerspruch. Die gespeicherten Daten werden dann umgehend gelöscht.

**Die AGB des PBW sowie die EU-DSGVO und das Bundesdatenschutzgesetz sind mir bekannt und ich erkenne sie mit meiner Unterschrift an.**

Datum/Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_