

Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget

(Dieser Absatz ist optional auszufüllen.)

Antrag aufnehmende Stelle/Person	
Erste Beratung am	Folgeberatung am
War für die Beantragung - falls notwendig - Unterstützung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja, durch _____ <input type="checkbox"/> nein	
Einbeziehung weiterer Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer, Bezugspersonen, behandelnder Arzt)? <input type="checkbox"/> ja, hier _____ <input type="checkbox"/> nein	

1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Geschlecht	Tel./Fax-Nummer
E-Mail-Adresse (falls vorhanden)	
Kreditinstitut (Name, Ort)	
IBAN	BIC
Rentenversicherungsnummer	Kundennummer Agentur für Arbeit
Krankenversicherung (-kasse)	Versicherungsnummer
Pflegegrad nach Pflegeversicherungsgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche:	
Gleichstellung als Schwerbehinderter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. Grad der Behinderung	
Anerkennung nach Bundesversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Behinderungsart <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch	
Hilfebedarfsgruppe (soweit bereits festgestellt)	

2. Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen

(möglichst mit detaillierten Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung)

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe am Arbeitsleben

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Ergänzende Leistungen

Leistungen zur Pflege

Weitere Leistungen

3. Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner

<input type="checkbox"/> Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung
<input type="checkbox"/> Kriegsopferversorgung
<input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge
<input type="checkbox"/> Öffentliche Jugendhilfe
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Integrationsamt

4. Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide mit Angaben zum Leistungsträger, zur betreffenden Leistung und zum Datum des Bescheides und Untersuchungsbefunde und -berichte (Kopien bitte beifügen)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

5. Hinweise der Antrag stellenden Person in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht, z. B. auf die Form der Leistungsbeschaffung, zu Leistungen in Geld oder durch Gutscheine, zu weiteren Leistungen als Sachleistung bzw. zu einmaligen oder regelmäßigen Geldleistungen

--

6. Einverständniserklärung/Widerspruchsrecht

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX i. V. m. der Budgetverordnung an mich erforderlicher Weise erhoben werden, zu diesem Zweck an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1, Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X); ich dem widersprechen kann; ein Widerspruch zur Versagung oder Entziehung der beantragten Leistung führen kann, nachdem ich auf diese Frage schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ich bin damit einverstanden, dass die für den Antrag erforderlichen Daten/Fragebögen, Befunde bzw. Befundunterlagen übermittelt werden an:

Sozialleistungsträger

und/oder

Ärztliche Dienste (z. B. FD Gesundheit, MDK)

Ort, Datum

Unterschrift Antrag stellende Person/gesetzlicher Vertreter

7. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Antrag stellende Person/gesetzlicher Vertreter

8. Bestätigung der Antragsaufnahme

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Antrag aufnehmende Person

9. Ergebnis/Wiedervorlage

<input type="checkbox"/> Antragsaufnahme am _____	Weiterleitung des Antrages an _____
<input type="checkbox"/> Verlauf der Beratung/Ergebnis	
<input type="checkbox"/> Stellungnahme einholen von _____	
<input type="checkbox"/> Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens	
<input type="checkbox"/> vereinfachtes Verfahren	
<input type="checkbox"/> ausführliches Verfahren, weil _____	
<input type="checkbox"/> Wiedervorlage/weiteres Procedere	