

# Antrag auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets

(Original beim Leistenden, Kopien an beteiligte Leistungsträger und an Antrag stellende Person)

<b>1 Antrag aufnehmende Stelle und Person</b>	
Name der Antrag aufnehmenden Stelle	
Name der Antrag aufnehmenden Person	
Erste Beratung am:	<input type="checkbox"/> Folgeberatung am:
Falls notwendig, Unterstützung vorhanden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____	
Einbeziehung weiterer Personen (zum Beispiel gesetzlicher Betreuer, Bezugspersonen, behandelnder Arzt):	

<b>2 Angaben zur Person</b>	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort (Kreis, Land)	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
Name der Krankenkasse	Krankenversicherten-Nr.
Pflegegrad	Rentenversicherungs-Nr.
Anerkennung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	Hilfebedarfsgruppe
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Stammnummer
GdS / GdB	Gleichstellung
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>3 Bankverbindung</b>	
IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b> _____	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

**4** Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen  
(möglichst mit Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung):

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe am Arbeitsleben

Soziale Teilhabe

Teilhabe an Bildung

Ergänzende Leistungen

Leistungen zur Pflege

noch Ziffer 4

Weitere Leistungen

**5 Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner**

Krankenkasse

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Bundesagentur für Arbeit

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Unfallversicherung

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Rentenversicherung

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Kriegsoferversorgung

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Kriegsopferfürsorge

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Öffentliche Jugendhilfe

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Sozialhilfe / Eingliederungshilfe

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Pflegekasse

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Integrationsamt

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

**Bereits vorliegende Bewilligungsbescheide beziehungsweise Ablehnungsbescheide mit Angaben zum Leistungsträger, zur betreffenden Leistung und zum Datum des Bescheides und Untersuchungsbefunde und Untersuchungsberichte (möglichst Kopien beifügen)**

**6**

**7 Hinweise**

Hinweise der Antrag stellenden Person zum Beispiel in Bezug auf ihr Wunschrecht und Wahlrecht, auf die Form der Leistungsbeschaffung, zu Leistungen in Geld oder durch Gutscheine, zu weiteren Leistungen als Sachleistung beziehungsweise einmaligen oder regelmäßigen Geldleistungen

**8 Einverständniserklärung / Widerspruchsrecht**

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX 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 zum Beispiel 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).

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person / des Gesetzlichen Vertreters

**9 Unterschrift**

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person / des Gesetzlichen Vertreters

**10 Bestätigung der Antragsaufnahme**

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Antrag aufnehmenden Person

**11 Ergebnis / Wiedervorlage**

Antragsaufnahme am: \_\_\_\_\_

Weiterleitung des Antrages am: \_\_\_\_\_

Verlauf der Beratung / Ergebnis:

Antragssplitting § 15 Abs. 1 SGB IX an:

wegen

Stellungnahmen nach §15 Abs. 2 SGB IX einholen von:

Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens:

schriftliches Verfahren

Teilhabekonferenz, weil \_\_\_\_\_

Wiedervorlage / Weiteres Procedere