



**4** **Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen**  
**(möglichst mit 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

<b>5 Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner</b>	
<input type="checkbox"/> Krankenkasse	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Kriegsopferversorgung	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Öffentliche Jugendhilfe	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> 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 Kopie beifügen)**

<b>6</b>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<b>7 Hinweise</b>	
<input type="checkbox"/>	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 § 17 Abs. 2-4 SGB IX in Verbindung mit der Budgetverordnung an mich erforderlicherweise 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 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:
- Stellungnahme einholen von:
- Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens:
- vereinfachtes Verfahren
  - ausführliches Verfahren, weil \_\_\_\_\_
- Wiedervorlage / Weiteres Procedere