

Antrag auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets

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

1 Antrag aufnehmende Stelle und Person

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):

2 Angaben zur Person

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) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Hilfebedarfsgruppe	Stammnummer
GdS		Gleichstellung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

3 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)																													
D E																													
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

☐ Weitere Leistungen

5 Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner

<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/Eingliederungshilfe Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Pflegekasse Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Integrationsamt Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Ansprechpartner

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

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

7 Hinweise

<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 § 29 SGB IX an mich erforderlicherweise erhoben werden, zu diesem Zweck an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zu 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

Unterschrift der Antrag aufnehmenden Person

11 Ergebnis/Wiedervorlage

<input type="checkbox"/> Antragsaufnahme am: _____	Weiterleitung des Antrages am: _____
<input type="checkbox"/> Verlauf der Beratung/Ergebnis: _____	
<input type="checkbox"/> Antragssplitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX an: wegen: _____	
<input type="checkbox"/> Stellungnahmen nach § 15 Abs. 2 SGB IX einholen von: _____	
<input type="checkbox"/> Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens: <input type="checkbox"/> schriftliches Verfahren <input type="checkbox"/> Teilhabekonferenz, weil _____	
<input type="checkbox"/> Wiedervorlage/weiteres Procedere: _____	