



Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1. Personenbezogene Daten	AZ:
----------------------------------	-----

Name, Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Familienstand <i>(Bitte auswählen)</i>	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus <i>(Bitte Nachweis beifügen.)</i>	
Aktuelle Anschrift <i>(z.B. Wohnung, Einrichtung, besondere Wohnform, ggfls. Einrichtungsnummer nach QUOTAS)</i>			
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort <i>(z.B. Wohnung)</i>			
Telefonnummer	Fax	Mobilnummer	E-Mail

Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Sonstiges
-------------------------------	---

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.1 Rechtliche Vertretung

- keine rechtliche Vertretung
- Bevollmächtigte*r oder Beistand i.S. § 20 Abs. 3 SGB IX i.V.m. § 13 SGB X
- gesetzliche Betreuung
- Wirkungskreise
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post |
| <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Vermögenssorge |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalte für | |
-
- befristet bis
- ist / wird beantragt.
- (Bitte Nachweis beifügen.)*
- Sonstiges

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer

Fax

Mobilnummer

E-Mail

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.2 Ehegatte*in, Lebenspartner*in, Partner*in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

1.3 Eltern

Elternteil 1	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	Elternteil 2	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am
---------------------	---	---------------------	---

Name, Vorname

Anschrift

Telefon, Fax

E-Mail

Name, Vorname

Anschrift

Telefon, Fax

E-Mail

Die Eltern sind *(Bitte auswählen)*

1.4 Kinder

keine Kinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.5 Schulische Laufbahn / berufliche Situation	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	
Erreichter Schulabschluss	
Weitere Bildungsabschlüsse	
Erlerner Beruf	
Zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen	
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	
Sonstiges	

1.6 Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute <i>(relevante Lebensverhältnisse)</i>	
Jahr	Arbeitsverhältnis / Tätigkeit

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.7 Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)	
<input type="checkbox"/> Erwerbs- / Berufstätigkeit	<u>Vermögen</u>
<input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel-) Alters- / EM- / Sonstige)	(z.B. Lebensversicherungen, etc.)
<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen (SGB IX, WVO)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht	
<input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe- / Lebenspartner*in, Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG)	<u>Schulden</u>
<input type="checkbox"/> Krankengeld / Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III)	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II)	
<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG)	
<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

2. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

- Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.
- Ein Erstantrag wurde gestellt am . Der Antrag wurde abgelehnt.
- Ein Neufeststellungsantrag wurde gestellt am . Der Antrag wurde abgelehnt.
- Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom
durch
- GdB
- Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis / unbefristet.
GdB
- Es liegt eine Gleichstellung vor, Bescheid vom
durch

Merkzeichen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> G (Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) | <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt) |
| <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) | <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt |
| <input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) | <input type="checkbox"/> 1.KI (1. Klasse) |
| <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) | <input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) |
| <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) | |
| <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk / Fernsehen) | |
| <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) | |
| <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) | |

3. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

- Ein Antrag wurde bisher nicht gestellt.
- Es liegt keine Einstufung vor.
- Ein Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am
- Der Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am
- Es wurde eingestuft in Pflegegrad
 1 2 3 4 5
Beginn der Anerkennung

Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

4. Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1831 BGB

- ja, durch Beschluss vom
befristet bis
Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen

(Bitte Nachweis beifügen.)

5. Krankenversicherung

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> familienversichert |
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> § 264 SGB V |

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

6. Selbsthilfe und andere Leistungen		
Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung	
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) (z.B. Krankengymnastik)	
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Berufliche und / oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)	

Basisdaten – Erwachsene

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

6. Selbsthilfe und andere Leistungen		
Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF / KOV (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Haftpflichtversicherungen)	

Ort, Datum, Name(n) und Funktion(en) der bearbeitenden Person(en)