



# Basisdaten – Erwachsene

## F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

<b>1. Personenbezogene Daten</b>	AZ:
----------------------------------	-----

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

<b>Aktuelle Wohnsituation</b>	<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
      - Aufenthaltsbestimmung
      - Wohnungsangelegenheiten
      - Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten
      - Sonstige
      - Einwilligungsvorbehalte für
        - Gesundheitspflege
        - Entgegennahme und Öffnen der Post
        - Vermögenssorge
  - 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

<b>Elternteil 1</b>	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	<b>Elternteil 2</b>	<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	
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 (SGB XIV)	
<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 der Sozialen Entschädigung (SGB XIV)	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Haftpflichtversicherungen)	

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