

Basisdaten Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

1. Antragseingang

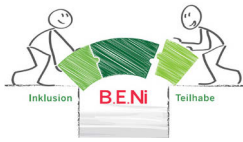
Datum Antragseingang / Bedarfsbekanntgabe (§108 Abs. 2 SGB IX) _____
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um einen Antrag im Wege der Weiterleitung nach § 14 SGB IX; Datum Antragseingang: _____
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Fallübernahme vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§ 36 b SGB VIII).

2. Personenbezogene Daten

Aktenzeichen			
Name, Vorname		Geschlecht	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus (Bitte Nachweis beifügen.)	
Aktuelle Anschrift (z. B. Wohnung, Einrichtung, besondere Wohnform, ggfs. Einrichtungsnummer nach TOPqw)			
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort (z. B. Wohnung)			
Telefonnummer	FAX	Mobilnummer	E-Mail
Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> gemeinsame Wohnung (Partnerschaft) <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung
Bemerkungen / Sonstiges (z. B. Kommunikationshilfen)			

3. Rechtliche Vertretung

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



Basisdaten Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	FAX	Mobilnummer	E-Mail

(Hier besteht die Möglichkeit bis zu drei rechtliche Vertretungen anzugeben.)

4. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)

(Hier werden alle Einkommen wie beispielsweise Erwerbs-/ Berufstätigkeit, Unterhalt, Renten, Arbeitslosengeld (SGB III) usw. eingetragen.)

<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> Schulden
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

5. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt. | |
| <input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am _____ | <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt. |
| <input type="checkbox"/> Ein Neufeststellungsantrag wurde gestellt am _____ | <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt. |
| <input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom _____ durch _____ GdB | |
| <input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis _____ <input type="checkbox"/> unbefristet GdB | |
| <input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor. Bescheid vom _____ durch _____ | |

Merkzeichen

(Hier werden Merkzeichen wie aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit), BI (Blindheit) usw. eingetragen.)

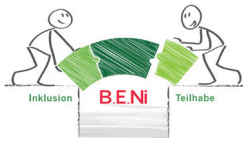
6. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ein Antrag wurde bisher nicht gestellt. |
| <input type="checkbox"/> Es liegt keine Einstufung vor. |
| <input type="checkbox"/> Ein Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____ |
| <input type="checkbox"/> Der Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am _____ |
| <input type="checkbox"/> Es liegt eine Einstufung vor, und zwar in Pflegegrad
Beginn der Anerkennung am _____ |

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

7. Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß §1831 BGB

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, durch Beschluss vom _____
befristet bis _____ |
|---|



Basisdaten Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen (Bitte Nachweis beifügen)

8. Krankenversicherung

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

Art der Versicherung

- | | | |
|--|---|---|
| <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 |

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