

Basisdaten Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

1. Antragseingang

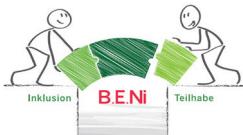
| |
|---|
| Datum Antragseingang / Bedarfsbekanntgabe (§108 Abs. 2 SGB IX) _____ |
| <input type="checkbox"/> Es handelt sich um einen Antrag im Wege der Weiterleitung nach § 14 SGB IX; Datum Antragseingang: _____ |
| <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Fallübernahme vom Träger der öffentlichen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

- 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

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

6. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

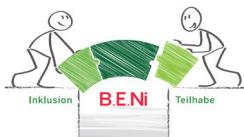
- Ein Antrag wurde bisher nicht gestellt.
- Es liegt keine Einstufung vor.
- Ein Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____
- Der Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am _____
- Es liegt eine Einstufung vor, und zwar in Pflegegrad Beginn der Anerkennung am _____

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

7. Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen

gemäß §1831 BGB

- 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)