

# Basisdaten Kinder- und Jugendliche

## Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

### 1. Antragseingang

Datum Antragseingang: _____
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um einen Antrag im Wege der Weiterleitung nach § 14 SGB IX; Datum Antragseingang: _____

### 2. Personenbezogene Daten

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

### Elterliche Sorge / Vormundschaft / Pflegschaft

Inhaber der elterlichen Sorge / Personensorge			
Beschluss vom _____		ggf. Art der Sorgerechtsübertragung	
Gericht		<input type="checkbox"/> Vormundschaft	
Anschrift		<input type="checkbox"/> Vermögenspflegschaft	
Aktenzeichen		<input type="checkbox"/> Art der Pflegschaft:	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Name und Anschrift des Inhabers / der Inhaberin bzw. Namen und Anschriften der Inhaber der elterlichen Sorge / Personensorge			
Telefonnummer	FAX	Mobilnummer	E-Mail

### Eltern

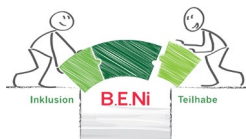
Elternteil 1	Elternteil 2
Name, Vorname, Anschrift, Telefon, FAX, E-Mail	Name, Vorname, Anschrift, Telefon, FAX, E-Mail

### Geschwister

☐ keine Geschwister

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

(Es können weitere Geschwister angegeben werden)



# Basisdaten Kinder- und Jugendliche

## Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

**Kinder**

☐ keine Kinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

(Es können weitere Kinder angegeben werden)

### 3. Vorschulische / Schulische Situation

☐ ohne Schulabschluss

	von	bis	Name, Anschrift, Telefon, E-Mail

### 4. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)

(Hier werden alle Einkommen wie beispielsweise Kindergeld, Unterhalt, Renten, Arbeitslosengeld (SGB III) usw. eingetragen.)

☐ Schulden

☐ Vermögen (z. B. Lebensversicherungen etc.)

☐ 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

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ unbefristet

GdB

☐ Es liegt eine Gleichstellung vor, Bescheid vom \_\_\_\_\_

durch

#### Merkzeichen

(Hier werden Merkzeichen wie aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit), Bl (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 \_\_\_\_\_

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



# Basisdaten Kinder- und Jugendliche

## Bogen 1A

(Version nur zur Ansicht)

### 7. Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß § 1631 b BGB

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

### 9. Vorrangige oder gleichrangige gesetzliche Leistungen

Aktuelle Inanspruchnahme
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich
<input type="checkbox"/> Unterstützung / Förderung schulischer Bereich
Name und Anschrift, Leistungsumfang und -dauer der jeweils ausgewählten Leistungen

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