

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"/> im Familienverband	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung	<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

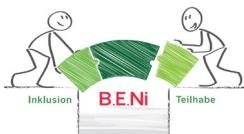
Elternteil 1		Elternteil 2
Name, Vorname, Anschrift, Telefon, FAX, E-Mail		Name, Vorname, Anschrift, Telefon, FAX, E-Mail

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.)

<input type="checkbox"/> Schulden
<input type="checkbox"/> Vermögen (z. B. Lebensversicherungen etc.)
<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 vom _____ bis _____ unbefristet GdB
- Es liegt eine Gleichstellung vor, Bescheid vom _____ durch _____

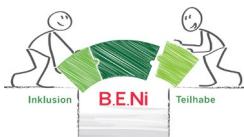
Merkzeichen

(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 _____

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:

- freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert
 privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

9. Vorrangige oder gleichrangige gesetzliche Leistungen

Aktuelle Inanspruchnahme

- Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich
 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)