

Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget

(Original für Beauftragten, Kopien an beteiligte Leistungsträger und an antragstellende Person)

1. Antragsaufnehmende Stelle und Person

| | |
|---|------------------|
| Erste Beratung am | Folgeberatung am |
| Falls notwendig, ist Unterstützung vorhanden? | |
| <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, durch | |

2. Persönliche Daten

| | | | |
|---|-------------|---|----------------|
| Name, Vorname | | | |
| Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | | |
| Geburtsdatum | Telefon-Nr. | Fax-Nr. | E-Mail-Adresse |
| Kreditinstitut (Name, Ort) | | | |
| Bankleitzahl | | Konto-Nr. | |
| Geschlecht | | | |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | | | |
| Rentenversicherung-Nr. | | | |
| Krankenkasse | | Krankenversicherten-Nr. | |
| Pflegestufe | | | |
| Kunden-Nr. Agentur für Arbeit | | | |
| Besteht Anerkennung nach dem Bundesversorgungsgesetz? | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein. | | | |
| Hilfebedarfsgruppe | | Minderung Erwerbsfähigkeit/Grad der Behinderung | |
| Besteht Gleichstellung? | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein. | | | |

3. Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen
(möglichst mit Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung)

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe am Arbeitsleben

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Ergänzende Leistungen

Leistungen zur Pflege

Weitere Leistungen

4. Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner

Krankenkasse

Bundesagentur für Arbeit

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Kriegsopferversorgung

Kriegsopferfürsorge

Öffentliche Jugendhilfe

Sozialhilfe

Pflegekasse

Integrationsarbeit

5. Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide mit Angaben zum Leistungsträger, zur betreffenden Leistung und zum Datum des Bescheides und Untersuchungsbefunde und -berichte (möglichst Kopien beifügen)

6. Hinweise

- Hinweise der antragstellenden Person z. B. in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht, auf die Form der Leistungsbeschaffung, zu Leistungen in Geld oder durch Gutscheine, zu weiteren Leistungen als Sachleistung bzw. einmaligen oder regelmäßigen Geldleistungen

7. Einverständniserklärung/Widerspruchsrecht

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines Persönliches Budgetes nach § 17 Abs. 2 - 4 Neuntes Buch Sozialgesetz (SGB IX) i. V. m. der Budgetverordnung an mich erforderlicher Weise erhoben werden, zu diesem Zweck an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1 Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X); ich dem widersprechen kann; ein Widerspruch zur Versagung oder Entziehung der beantragten Leistung führen kann, nachdem ich auf diese Frage schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Unterschrift antragstellende Person/gesetzlicher
Vertreter

Ort, Datum

8. Unterschrift

Unterschrift antragstellende Person/gesetzlicher
Vertreter

Ort, Datum

9. Bestätigung der Antragsaufnahme

Unterschrift

Ort, Datum

10. Ergebnis/Wiedervorlage

Antragsaufnahme am

Weiterleitung des Antrages an

Verlauf der Beratung/Ergebnis

Stellungnahmen einholen von

Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens

vereinfachtes Verfahren

ausführliches Verfahren, weil

Wiedervorlage/weiteres Procedere