

Antrag auf Leistungen durch ein persönliches Budget Teil I

Name, Vorname

AZ:

geb.:

Erstantrag

Verlängerungsantrag

Erhalten Sie bisher noch keine Hilfen vom KSV-Sachsen, ist zusätzlich der Sozialhilfegrundantrag und ggf. der Zusatzbogen auszufüllen.

Angaben zur Art und Umfang der vorliegenden Behinderung

Behinderung: (nach Personengruppen)	<input type="checkbox"/>	körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	geistige Behinderung
	<input type="checkbox"/>	Sinnesbehinderung Art	<input type="checkbox"/>	seelische Behinderung

Art der Beeinträchtigung/ Diagnose:

von Behinderung bedroht:
wenn ja, welcher:

Vorliegende ärztliche Unterlagen, welche die Beeinträchtigungen belegen und beschreiben **(bitte in Kopie beilegen!)**

Lebenssituation (in den letzten 2 Monaten)

derzeitige Wohnsituation:	<input type="checkbox"/>	allein in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/>	Herkunftsfamilie (Eltern/Vater/Mutter/Geschwister)
	<input type="checkbox"/>	eigene Familie (Ehe- /Lebenspartner/Kinder	<input type="checkbox"/>	wohnungslos
	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung (Anschrift)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

bisher erhaltene Hilfen: (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/>	Amb. Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	Gastfamilie/Pflegefamilie
	<input type="checkbox"/>	Wohnstätte/Außenwohngruppe	<input type="checkbox"/>	Fachklinik/ Rehabilitationszentrum
	<input type="checkbox"/>	Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	Einrichtung für Kinder und Jugendliche
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Übergangseinrichtung

bisher erhaltene ergänzende Hilfen: (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/>	ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	Beratungsstelle
	<input type="checkbox"/>	Familiententlastender Dienst	<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz/ Tagesklinik
	<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/>	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges		

Folgende Leistungen werden beantragt			
	Art (was für Hilfen)	Umfang	Form der Ausführung
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft			
Ergänzende Leistungen			
Teilhabe am Arbeitsleben			
Leistungen zur Pflege			
Medizinische Rehabilitation			
Weitere Leistungen			

Mögliche beteiligte Leistungsträger		
		Adresse/ Ansprechpartner (wenn bekannt)
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
<input type="checkbox"/>	Bundesagentur für Arbeit	
<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung	
<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Kriegsopferversorgung	
<input type="checkbox"/>	Kriegsopferfürsorge	
<input type="checkbox"/>	Öffentliche Jugendhilfe	
<input type="checkbox"/>	Pflegekasse	
<input type="checkbox"/>	Integrationsamt	
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe	
Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide (bitte beilegen)		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
Hinweise/ Bemerkungen der Antragstellenden Person		

Einverständniserklärung / Widerspruchsrecht:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX über 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 Sozialhilfeträger 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).

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des gesetzlichen Vertreters