

# Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget

(Dieser Absatz ist optional auszufüllen.)

Antrag aufnehmende Stelle/Person	
Erste Beratung am	Folgeberatung am
War für die Beantragung - falls notwendig - Unterstützung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja, durch _____ <input type="checkbox"/> nein	
Einbeziehung weiterer Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer, Bezugspersonen, behandelnder Arzt)? <input type="checkbox"/> ja, hier _____ <input type="checkbox"/> nein	

## 1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Geschlecht	Tel./Fax-Nummer
E-Mail-Adresse (falls vorhanden)	
Kreditinstitut (Name, Ort)	
IBAN	BIC
Rentenversicherungsnummer	Kundennummer Agentur für Arbeit
Krankenversicherung (-kasse)	Versicherungsnummer
Pflegegrad nach Pflegeversicherungsgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche:	
Gleichstellung als Schwerbehinderter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. Grad der Behinderung	
Anerkennung nach Bundesversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Behinderungsart <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch	
Hilfebedarfsgruppe (soweit bereits festgestellt)	

## 2. Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen

(möglichst mit detaillierten 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



## 6. Einverständniserklärung/Widerspruchsrecht

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 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).

Ich bin damit einverstanden, dass die für den Antrag erforderlichen Daten/Fragebögen, Befunde bzw. Befundunterlagen übermittelt werden an:

Sozialleistungsträger

und/oder

Ärztliche Dienste (z. B. FD Gesundheit, MDK)

Ort, Datum	Unterschrift Antrag stellende Person/gesetzlicher Vertreter
------------	---

## 7. Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antrag stellende Person/gesetzlicher Vertreter
------------	---

## 8. Bestätigung der Antragsaufnahme

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift Antrag aufnehmende Person
------------	---

**9. Ergebnis/Wiedervorlage**

<input type="checkbox"/> Antragsaufnahme am _____	Weiterleitung des Antrages an _____
<input type="checkbox"/> Verlauf der Beratung/Ergebnis	
<input type="checkbox"/> Stellungnahme einholen von _____	
<input type="checkbox"/> Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens	
<input type="checkbox"/> vereinfachtes Verfahren	
<input type="checkbox"/> ausführliches Verfahren, weil _____	
<input type="checkbox"/> Wiedervorlage/weiteres Procedere	

Hier bitte Ihre leiblichen Kinder/Eltern eintragen (dient der Prüfung der Unterhaltsfähigkeit).

	1.	2.	3.	4.
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verw.-Verhältnis				
Anschrift				
Einkommen (falls bekannt)				
<input type="checkbox"/> aus Erwerbstätigkeit	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Renteneinkünfte	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltspflichtiger				
Telefonnummer				

Weitere im Haushalt lebende Personen (andere Verwandte oder Bekannte).

Name	Vorname	Geb.-Datum	Geb.-Ort	Verw. Verhältnis