

# Basisdaten – Erwachsene

## F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



### 1. Personenbezogene Daten

AZ:



<b>Name, Vorname</b>		<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>		
<b>Familienstand</b> <i>(Bitte auswählen)</i>	<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Aufenthaltsstatus</b> <i>(Bitte Nachweis beifügen.)</i>	
<b>Aktuelle Anschrift</b> <i>(z.B. Wohnung, Einrichtung, besondere Wohnform, ggfls. Einrichtungsnummer nach QUOTAS)</i>			
<b>Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort</b> <i>(z.B. Wohnung)</i>			
<b>Telefonnummer</b>	<b>Fax</b>	<b>Mobilnummer</b>	<b>E-Mail</b>

<b>Aktuelle Wohnsituation</b>	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> im Familienverband	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung
	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



<b>1.1 Rechtliche Vertretung</b>														
<input type="checkbox"/> keine rechtliche Vertretung <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r oder Beistand i.S. § 20 Abs. 3 SGB IX i.V.m. § 13 SGB X <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung Wirkungskreise <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Gesundheitsorge</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten</td> <td><input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten</td> <td><input type="checkbox"/> Vermögenssorge</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalte für</td> <td></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> befristet bis</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ist / wird beantragt.</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-style: italic;">(Bitte Nachweis beifügen.)</p>	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post	<input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Sonstige		<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalte für		<input type="checkbox"/> befristet bis	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> ist / wird beantragt.	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge													
<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post													
<input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge													
<input type="checkbox"/> Sonstige														
<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalte für														
<input type="checkbox"/> befristet bis	<input type="checkbox"/> Sonstiges													
<input type="checkbox"/> ist / wird beantragt.														

<b>Name, Vorname</b>			
<b>Anschrift</b>			
<b>Telefonnummer</b>	<b>Fax</b>	<b>Mobilnummer</b>	<b>E-Mail</b>

# Basisdaten – Erwachsene

## F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



### 1.2 Ehegatte\*in, Lebenspartner\*in, Partner\*in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft



Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

### 1.3 Eltern

<b>Elternteil 1</b>	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	<b>Elternteil 2</b>	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am
Name, Vorname		Name, Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Telefon, Fax		Telefon, Fax	
E-Mail		E-Mail	
<b>Die Eltern sind</b> <i>(Bitte auswählen)</i>			

### 1.4 Kinder

keine Kinder



Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



1.5 Schulische Laufbahn / berufliche Situation <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	
<b>Erreichter Schulabschluss</b>	
<b>Weitere Bildungsabschlüsse</b>	
<b>Erlerner Beruf</b>	
<b>Zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen</b>	
<b>Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen</b>	
<b>Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse</b>	
<b>Sonstiges</b>	

1.6 Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute <input type="checkbox"/> <i>(relevante Lebensverhältnisse)</i>	
Jahr	Arbeitsverhältnis / Tätigkeit

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



1.7 Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)	
<input type="checkbox"/> Erwerbs- / Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel-) Alters- / EM- / Sonstige) <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen (SGB IX, WVO) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe- / Lebenspartner*in, Angehörigen <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG) <input type="checkbox"/> Krankengeld / Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<p><u>Vermögen</u> (z.B. Lebensversicherungen, etc.)</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<p><u>Schulden</u></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



### 2. 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 bis \_\_\_\_\_ /  unbefristet. GdB
- Es liegt eine Gleichstellung vor, Bescheid vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

#### Merkzeichen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> G (Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) | <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)    |
| <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)                   | <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt              |
| <input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit)                                      | <input type="checkbox"/> 1.KI (1. Klasse)              |
| <input type="checkbox"/> B (Begleitperson)                                      | <input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) |
| <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk / Fernsehen)                              |  |
| <input type="checkbox"/> BI (Blindheit)   |  |
| <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit)                                    |  |

### 3. 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 wurde eingestuft in Pflegegrad
  - 1     2     3     4     5
 Beginn der Anerkennung

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

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



### 4. Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB

- ja, durch Beschluss vom  
befristet bis  
Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen

*(Bitte Nachweis beifügen.)*

### 5. Krankenversicherung

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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        |

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



6. Selbsthilfe und andere Leistungen		□
Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung	
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) (z.B. Krankengymnastik)	
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Berufliche und / oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)	

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Änderung bei Fortschreibung



6. Selbsthilfe und andere Leistungen		<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF / KOV (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Haftpflichtversicherungen)	

**Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) \* der / des Bearbeiter/s**