

## Antrag auf Leistungen durch ein persönliches Budget Teil I

Name, Vorname  
geb.:  
Erstantrag


AZ:

--

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

<b>Behinderung:</b> (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)

<b>derzeitige Wohnsituation:</b>	<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

<b>bisher erhaltene Hilfen:</b> (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

<b>bisher erhaltene ergänzende Hilfen:</b> (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		



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

<b>Mögliche beteiligte Leistungsträger</b>		
		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	
<b>Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide (bitte beilegen)</b>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<b>Hinweise/ Bemerkungen der Antragstellenden Person</b>		

### **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