

| | | | | |
|---|--|--|-------|--------------------------|
| 1. Personenbezogene Daten | | Az. | | <input type="checkbox"/> |
| Name, Vorname , | | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter | | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | |
| Familienstand Bitte auswählen | | Staatsangehörigkeit | | Aufenthaltsstatus |
| Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS): | | | | |
| Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort: | | | | |
| Telefonnummer | | Fax | Mobil | E-Mail |
| 2. Vorgeschichte und aktuelle Situation | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2.1. Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder Anzahl: Geb.daten: , davon im eigenen Haushalt lebend: | | | | |
| 2.2. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute <input type="checkbox"/> | | | | |
| Jahr | | Lebensverlauf / Wohnsituation | | |
| | | | | |
| Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | | |
| 2.3. Schulische Laufbahn / berufliche Situation <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> | | | | |
| erreichter Schulabschluss | | | | |
| weitere Bildungsabschlüsse | | | | |
| erlernter Beruf | | | | |
| zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen | | | | |
| Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen | | | | |
| Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse | | | | |
| Sonstiges | | | | |
| 2.4. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute <input type="checkbox"/> | | | | |
| Jahr | | Arbeitsverhältnis / Tätigkeit | | |
| | | | | |
| 2.5. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel)Alters-/ EM-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen <input type="checkbox"/> Krankengeld/Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII) | | Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in € | | |

Änderung bei Fortschreibung ▼

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
|---|--|

| 3. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel) <input type="checkbox"/> | | | |
|--|----------|--------------------|----|
| Bezeichnung / Beschreibung | ICD-Code | festgestellt durch | am |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 4. Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen <input type="checkbox"/> | | |
|---|--------------------|----|
| Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor? | festgestellt durch | am |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Aktuelle Medikation:

| 5. Art der Beeinträchtigung(en) (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> | |
|--|--|
| i.S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX | |
| Es liegt eine | <input type="checkbox"/> drohende <input type="checkbox"/> körperliche <input type="checkbox"/> seelische <input type="checkbox"/> geistige <input type="checkbox"/> Sinnes- Beeinträchtigung vor. |
| Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis | |
| <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> ist ausgestellt bis , GdB <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Gleichstellung | |
| Merkmale: | |
| <input type="checkbox"/> H (Hilfslosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> 1 KI (1. Klasse) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt) | |

| 6. Mögliche Verursachung durch Dritte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |
|---|--|
| Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück? | |
| <input type="checkbox"/> ja | Inanspruchnahme Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.) |
| Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) <input type="checkbox"/> OEG <input type="checkbox"/> BVG/HHG <input type="checkbox"/> IFSG <input type="checkbox"/> StrafRehaG/VerwRehaG Bezeichnung der Schädigungsfolgen: | |

Änderung bei Fortschreibung ▼

| Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger <input type="checkbox"/> | | Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen - Leistungsumfang und –dauer | akti- vier- bar |
|---|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sozialraum | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sozialberatung | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Schuldnerberatung | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sozialpsychiatrischer Dienst | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Suchtberatung | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Häusliche Krankenpflege (SGB V) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Institutsambulanz (SGB V) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII) | | <input type="checkbox"/> |



Änderung bei Fortschreibung ▼

| | | | |
|--------------------------|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Integrationsfachdienst (SGB IX) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen der Pflegekasse (SGB XI) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Mobilitätshilfen (SGB XII) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung) | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige Hilfen | | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|-----|-------|--------|
| 8.5 Bezugspersonen, Person des Vertrauens <input type="checkbox"/> | | | |
| Name, Vorname | | | |
| Anschrift | | | |
| Telefonnummer | Fax | Mobil | E-Mail |
| Art der Beziehung | | | |

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