

Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung

Wichtiger Hinweis:

Grundsätzliche Informationen zum Verfahren und zu dieser Anmeldung finden Sie im [Handbuch zur Individuellen Bedarfsermittlung](#).

1. Angaben zur Person

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) | Sozialversicherungs-Nr.: 756. . . (13-stellig) |
| Staatsangehörigkeit: | |
| Telefon: | Emailadresse (freiwillig): |
| ◆ Zivilrechtlicher Wohnsitz (da bin ich angemeldet, registriert) | |
| Strasse, Nr.: | PLZ, Ort: |

2. Angaben zur Anmeldung

◆ Ich möchte mich aus folgendem Grund für eine Individuelle Bedarfsermittlung anmelden:
(Bitte zu diesem Punkt nur eine Variante a) bis g) ankreuzen)

a) erstmaliger Leistungsbezug
(Ich habe noch nie Leistung(en) der Behindertenhilfe bezogen)
Sie können jetzt direkt zu Punkt 3. auf Seite 2 gehen.

b) neuer Leistungsbezug
(Ich beziehe bereits Leistung(en) der Behindertenhilfe und möchte jetzt noch eine andere Leistung der Behindertenhilfe beziehen)
Sie können jetzt direkt zu Punkt 6. auf Seite 4 gehen.

c) beschleunigtes Verfahren nach BHV §18
(Ein sofortiger Leistungsbezug ist/war notwendig)
Begründung:

Leistungsbezug ab: (Tag/Monat/Jahr)
Sie können jetzt direkt zu Punkt 3. auf Seite 2 gehen.

d) Entlastungsaufenthalt
(kurzer, vielleicht regelmässiger, befristeter Leistungsbezug in einer IFEG-Institution)
Leistungsbezug ab: (Tag/Monat/Jahr) bis: (Tag/Monat/Jahr)
Sie können jetzt direkt zu Punkt 3. auf Seite 2 gehen.

e) Vorgezogene Bedarfsüberprüfung nach BHV §17
(Mein Unterstützungsbedarf hat sich seit der letzten Individuellen Bedarfsermittlung verändert)

Begründung:

Sie können jetzt direkt zu Punkt 7. auf Seite 4 gehen.

- f) Zusatzbedarf** nach BHV §1, Absatz 5 und §14

(Ich möchte einen grossen Entwicklungsschritt machen und brauche dafür zusätzliche Leistungen)

- ◆ Was würde mit dem Zusatzbedarf beabsichtigt? *(Bitte nur ein Feld ankreuzen)*

- Wechsel in eine selbständigere Wohnform
 Wechsel in 1. Arbeitsmarkt nach:
 Wechsel in eine tiefere Bedarfsstufe in der Leistung Betreute Tagesgestaltung (BT)

- ◆ Nur BT: Was würde das konkret beinhalten und ist nicht im Regelbedarf enthalten?

Sie können jetzt direkt zu Punkt 7. auf Seite 4 gehen.

- g) Sonderbedarf** nach BHV §1, Absatz 4 und §13

(Mein Unterstützungsbedarf ist besonders hoch und intensiv)

- ◆ Benötigen Sie tagsüber und abends mindestens eine qualifizierte 1:1 Betreuung mit spezifischer Methoden- und Fachkompetenz ausschliesslich für sich?

- Ja Nein

- ◆ Benötigen Sie nachts die Präsenz einer qualifizierten Betreuungsperson?

- Ja Nein

- ◆ Wird das Leistungsangebot der auf Personen mit intensivem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ausgerichteten Institution erheblich überschritten?

- Ja Nein

Sie können jetzt direkt zu Punkt 7. auf Seite 4 gehen.

3. Weitere Angaben zur Person

- ◆ Hauptbehinderungsart:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Psychische Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Suchtbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung |
| <input type="checkbox"/> psychosoziale Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Hirnverletzung |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

- ◆ Diagnose(n) *(Angabe freiwillig)*:

- ◆ Angaben zur Invalidität:

- IV-Rente nicht invalid

- IV-Taggeld
- IV-Rentenentscheid pendent (*Ich habe bei der IV einen Antrag gestellt und noch keine Entscheidung erhalten*)
- invalid gemäss dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) – kein Rentenanspruch

Bitte legen Sie eine **Kopie** des IV-Rentenentscheids oder der Empfangsbestätigung bei Neuanschreibung bei.

- ◆ Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung (HE) der Invaliden-, Unfall- oder Militärversicherung?
 - Ja Nein
 - Antrag ist pendent (*Ich habe einen Antrag gestellt und noch keine Antwort erhalten*)

Bitte legen Sie eine **Kopie** der Verfügung der Hilflosenentschädigung bei.

- ◆ Erhalten Sie einen Assistenzbeitrag der IV?
 - Ja Nein
 - Antrag ist pendent (*Ich habe einen Antrag gestellt und noch keine Antwort erhalten*)

Bitte legen Sie eine **Kopie** der Verfügung des Assistenzbeitrags bei.

4. Gesetzliche Vertretung

- ◆ Werden Sie gesetzlich vertreten?
 - Ja Nein

Falls *Nein*, können Sie jetzt direkt zu Punkt 5. auf Seite 3 gehen.

- ◆ Um welche Art von Beistandschaft handelt es sich?
 - Umfassende Beistandschaft Elterliche Sorge
 - Andere Beistandschaft

- ◆ Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretung:
 - Frau Herr

| | |
|---------------|---------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse, Nr.: | PLZ, Ort: |
| Telefon: | Emailadresse: |

Bitte legen Sie eine **Kopie** der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.

5. Kontaktdaten der Person

- ◆ Korrespondenzadresse (*nur falls abweichend vom zivilrechtlichen Wohnsitz*):

| | |
|---------------|-----------|
| Strasse, Nr.: | PLZ, Ort: |
|---------------|-----------|

- ◆ Gibt es eine weitere Kontaktperson? (*nicht gesetzliche Vertretung*)

| | |
|---------------|---------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse, Nr.: | PLZ, Ort: |
| Telefon: | Emailadresse: |
| Funktion: | |

6. Beabsichtigter Leistungsbezug

- ◆ Wissen Sie bereits konkret, welche Leistung(en) der Behindertenhilfe Sie beziehen möchten?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnen (gemäss IFEG oder ambulant) | <input type="checkbox"/> Unterstützung zur Entlastung des betreuenden familiären Umfelds |
| <input type="checkbox"/> Betreute Tagesgestaltung | |
| <input type="checkbox"/> Begleitete Arbeit | <input type="checkbox"/> Ich weiss es noch nicht |

- ◆ Falls Sie oben die Leistung Betreute Tagesgestaltung oder Begleitete Arbeit ausgewählt haben, geben Sie bitte das gewünschte Pensum an:

Stunden pro Woche: Ich weiss es noch nicht
 (maximal 42 Stunden pro Woche)

- ◆ Haben Sie bereits mit einer konkreten Institution Kontakt aufgenommen?

*Für die Leistung **Begleitete Arbeit** muss gemäss BHV §9 Absatz 3 bereits „eine betreute Arbeitsstelle in einer IFEG-Institution vorliegen bzw. in Aussicht gestellt worden sein“ und hier angegeben werden.*

*Falls Sie auf Seite 1 ein **beschleunigtes Verfahren** nach BHV §18 oder **Entlastungsaufenthalt** gewählt haben, muss die IFEG-Institution auch bereits bekannt sein und hier angegeben werden.*

Ja

Nein

Name:

Ansprechperson:

Ort:

Telefon od. Email:

7. Bestätigung und Einwilligung

Die / Der Unterzeichnende bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Sie / Er verpflichtet sich, allfällige Änderungen unverzüglich mit dem Formular „Mutationsmeldung“ zu melden.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars wird das Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote ermächtigt, die für die Abklärung der individuellen Bedarfsermittlung erforderlichen Auskünfte bei den Organen der Sozialversicherungen einzuholen.

Unterschriftsberechtigte Person

Ort und Datum:

Name und Vorname:

Unterschrift:

Nur bei c) einem beschleunigten Verfahren nach BHV §18, bei d) einem Entlastungsaufenthalt, bei beabsichtigter Leistung ausschliesslich im Lebensbereich Tagesstruktur (Begleitete Arbeit oder Betreute Tagesgestaltung) oder bei g) Sonderbedarf nach BHV §13:

Unterschrift und Stempel Institution

Ort und Datum:

Name und Vorname:

Unterschrift:

Bitte senden Sie das / die ausgefüllte(n) und unterzeichnete(n) Gesuch(e) zurück an:

Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote, Ergolzstrasse 3, 4414 Füllinsdorf

Beilagen:

- Kopie des IV-Rentenentscheids oder der Empfangsbestätigung bei Neuanmeldung
- Kopie der Verfügung der Hilflosenentschädigung
- Kopie der Verfügung des Assistenzbeitrags
- Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft