

Antrag auf ein Trägerübergreifendes Persönliches Budget

1. Persönliche Daten:

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift evtl. Telefon/Fax/E-Mail _____

Kreditinstitut (Name, Ort) Bankleitzahl Kontonummer Geschlecht: männlich /weiblich

2. Rentenversicherungs-Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Krankenversicherten-Nr.: _____ Pflegestufe: _____

Anerkennung nach dem BVG: __ ja __ nein MdE/GdB: _____

Gleichstellung: ja / nein

3. Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen

(möglichst mit 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

4. Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner:

Krankenkasse _____

Bundesagentur für Arbeit _____

Unfallversicherung _____

Rentenversicherung _____

Kriegsopferversorgung _____

Kriegsopferfürsorge _____

Öffentliche Jugendhilfe _____

Sozialhilfe _____

Pflegekasse _____

Integrationsamt _____

5. Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide mit Angaben zum Leistungsträger, zur betreffenden Leistung und zum Datum des Bescheides und Untersuchungsbefunde und -berichte (möglichst Kopien beifügen): Anlagen

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 über mich 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, einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1, Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X), sofern es deren Aufgabenerfüllung erfordert; - ich der Übermittlung 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

Unterschrift: _____

Ort, Datum Unterschrift der Antrag stellenden Person/ des Gesetzlichen Vertreters