



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

**BEI\_BW**

**Erwachsene**

**Bogen A  
Basisbogen**

Name, Vorname ..... Aktenzeichen .....

**1 Leistungsberechtigte Person**

1.1 Grunddaten		
Name fsdfsdfsdfsdfsdf	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige	ggf. Aufenthaltsstatus

1.2 Kontaktdaten		
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail

1.3 Familienstand	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Anzahl der Kinder	Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

1.4 Schulabschluss	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss mit Besuch von SBBZ <input type="checkbox"/> Förderschulabschluss <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulreife, Abitur
Erläuterungen	

1.5 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss	
<input type="checkbox"/> ohne Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachwerker, Fachpraktiker <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> zwei-/dreijährige Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulausbildung
Erläuterungen	

1.6 Erst- bzw. Folgeermittlung	
<input type="checkbox"/> erste Bedarfsermittlung vom	<input type="checkbox"/> Fortschreibung vom

Name, Vorname ..... Aktenzeichen .....

**1.7 Vorhandene Hilfsmittel** keine Hilfsmittel vorhanden Rollstuhl Rollator sonstige Gehhilfen, und zwar Sehhilfen, und zwar Hörhilfen, und zwar Sprachhilfen, und zwar sonstiges, und zwar**1.8 Besondere baulich-technische Anforderungen** keine besonderen baulich-technischen Anforderungen erforderlich Behindertenparkplatz Rollstuhlgerechter Zugang Behinderten-WC besondere Beleuchtung oder Sehhilfen (z.B. Kamera-Bildschirm-System) akustisch optimierter Gesprächsraum (z.B. Dämmplatten, Schallschutzfenster) Braille Hörhilfen (z.B. Mikrofon mit Übertragung ans Hörgerät) besonderes Mobiliar (z.B. höhenverstellbarer Tisch) Sonstiges, und zwar

Erläuterungen

**1.9 Erforderliche Kommunikationshilfen** keine Kommunikationshilfen erforderlich Unterstützte Kommunikation Gebärdendolmetscher Schriftdolmetscher Leichte Sprache sonstiges, und zwar

Erläuterungen

Name, Vorname ..... Aktenzeichen .....

**2 Rechtliche Vertretung**

2.1 Rechtliche Vertretung	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung	
<b>Aufgabenkreise</b>	<input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
<b>Urkunde</b>	<input type="checkbox"/> vom ..... liegt vor und ist gültig bis ..... <input type="checkbox"/> wurde angefordert am .....
<input type="checkbox"/> <b>Einwilligungsvorbehalt für</b>	

2.2 Kontaktdaten			
<b>Rechtliche Vertretung 1</b>		(Funktion, Beziehung)	
Name	Vorname		
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
<b>Rechtliche Vertretung 2</b>		(Funktion, Beziehung)	
Name:		Vorname:	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	

Name, Vorname ..... Aktenzeichen .....

**3 Weitere Ansprechpersonen**

<b>3.1 Person des Vertrauens nach § 117 SGB IX</b>			
<input type="checkbox"/> keine Person des Vertrauens gemäß § 117 SGB IX benannt			
(Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	

<b>3.2 Weitere Ansprechpersonen</b>			
<b>Person 1</b>		(Funktion, Beziehung oder Institution)	
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
<b>Person 2</b>		(Funktion, Beziehung oder Institution)	
Name		Vorname	
Funktion:			
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
<b>Person 3</b>		(Funktion, Beziehung oder Institution)	
Name		Vorname	
Funktion:			
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	

**4 Leistungsträger**

4.1 Leistungen von Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX					
	laufend	genehmigt	beantragt	abgelehnt	Schreiben mit Datum vom ...
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Träger der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erläuterungen nach Rehabilitationsträgern					

4.2 Hinweise auf andere Leistungsträger	
Gibt es Hinweise auf andere Leistungsträger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erläuterungen	

4.3 Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI					
	nicht beantragt	beantragt	festgestellt	abgelehnt	Bescheid mit Datum vom ...
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Festgestellter Pflegegrad</b>					
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 0 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5					
<b>Art der Leistung</b>					
<input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Pflegegeld, wenn ja, wer ist die pflegende Person					
Erläuterungen					

**5 Erhebende Stelle**

Stadt-/Landkreis
Bearbeitung (Nachname, Vorname)