

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 Rentenversicherungs-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Krankenversicherten-Nr.: _____

Pflegestufe: _____ Stammnummer _____

Anerkennung nach dem BVG: ja nein

MdE/GdB: _____ Gleichstellung: ja nein

2. 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

3. Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner:

Krankenkasse _____
Bundesagentur für Arbeit _____
Unfallversicherung _____
Rentenversicherung _____
Kriegsopferversorgung _____
Kriegsopferfürsorge _____
Öffentliche Jugendhilfe _____
Sozialhilfe _____
Pflegekasse _____
Integrationsamt _____

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

5. 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

6. Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des Gesetzlichen Vertreters