**Digital ausfüllbar**

**Informationen für Beantragung des Persönlichen Budgets**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Daten Klient\*in** | | | | | |
| Name Klient\*in |  | | | | |
| Geburtsname |  | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | |
| Geburtsort |  | | | | |
| Konfession |  | | | | |
| Aktuelle Adresse |  | | | | |
| Evtl. abweichende Adresse der Versorgung |  | | | | |
| Telefonnummer |  | | | | |
| E-Mail |  | | | | |
| Pflegegrad |  | | | | |
| GdB |  | | | | |
| Diagnose und relevante Symptome |  | | | | |
| Aktuelle pflegerische Situation (Wer macht die Pflege, Pflegehilfsmittel etc.) |  | | | | |
| Aktuelle Wohnsituation |  | | | | |
| Bisherige Hilfen:  (z.B. Pflegedienst, Therapien, Assistenz etc.) |  | | | | |
| Ziele Budget  (z.B. Änderung Wohnumfeld) |  | | | | |
| Betriebsnummer  (falls Selbstständigkeit vorliegt) |  | | | | |
| **Kontaktperson (falls abweichend)** | | | | | |
| Name |  | | | | |
| Verhältnis |  | | | | |
| Geb.-Datum | (v. Elternteil bei Kinderversorgungen für Betriebsnummer) | | | | |
| Urkunde bei gesetzlicher Betreuung | Bitte beifügen.       beigefügt       wird nachgereicht | | | | |
| Telefonnummer |  | | | | |
| E-Mail |  | | | | |
| Betriebsnummer  (falls Selbstständigkeit vorliegt) |  | | | | |
| **Daten Kostenträger** | | | | | |
| Krankenkasse |  | | | | |
| KV-Nummer |  | | | | |
| Krankenkassennummer: |  | | | | |
| Ansprechpartner\*in  mit Kontaktdaten |  | | | | |
| Eingliederungshilfe |  | | | | |
| Fallnummer |  | | | | |
| Ansprechpartner\*in  mit Kontaktdaten |  | | | | |
| **Daten zur notwendigen Versorgung** | | | | | |
| Wann soll Versorgung beginnen? |  | Stundenumfang der gewünschten Versorgung mit Uhrzeit | |  | |
| Versorgender Arzt (Muster 62 a  Muster 62b/c) | Name, Telefon:  Verordnung bereits vorhanden  Verordnung wird nachgereicht | | | | |
| Soll das Pflegegeld mit einbezogen werden? | weiterhin an Familie/Angehörige | | Verzicht (fließt ins Budget) | | |
| Aktuelles bzw. potenzielles Personal | Name | Qualifikation | Stundenumf. | Lohn aktuell | AV |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Personalwünsche (z.B. Geschlecht) |  | | | | |
| Beratungsoptionen, welche ich/wir nicht möchten: | Lohnabrechnung  Personalakquise  Erstellung der Arbeitsverträge, Kündigungen, Arbeitszeugnisse  Kontoführung  sonstiges: | | | | |
| Budgetkonto | besteht beantragt noch nicht eröffnet  Bevollmächtigung für die Ostsee Intensivpflege wurde bei der Bank  eingerichtet | | | | |
| Rechtschutz | liegt vor liegt nicht vor  Beratung gewünscht | | | | |
| Sonstige wichtige Informationen: |  | | | | |

Datum, Unterschrift: