ELLI
BUDGETASSISTENZ

# Selbstauskunft

Für volljährige leistungsberechtigte Personen

Bitte füllen Sie die für Ihre Situation zutreffenden Felder aus. Mit * gekennzeichnete Angaben werden regelmäßig für die Erstberatung benötigt.

## 01 Persönliche Angaben

| | |
|---|---|
| Vor- und Nachname * | |
| Geburtsdatum und Geburtsort * | |
| Anschrift * | |
| Telefon | |
| E-Mail-Adresse | |
| Bevorzugter Kontaktweg und Erreichbarkeit | |
| Nächste Angehörige oder wichtigste Bezugsperson | |

## 02 Notfall, Vorsorge und rechtliche Vertretung

Die Eigenschaft als Angehörige oder Angehöriger begründet allein keine Vertretungsbefugnis. Bei einer rechtlichen Betreuung sind die im gerichtlichen Beschluss festgelegten Aufgabenbereiche maßgeblich.

| | |
|---|---|
| Notfallkontakt, Name, Verhältnis, Telefon * | |
| Gerichtlich bestellte rechtliche Betreuung<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja<br>☐ Verfahren läuft ☐ Unklar |

| | |
|---|---|
| Name und Kontaktdaten der Betreuerin oder des Betreuers | |

| | |
|---|---|
| Gerichtlich angeordnete Aufgabenbereiche | ☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthalt<br>☐ Vermögen ☐ Behörden und Sozialleistungen<br>☐ Verträge ☐ Post<br>☐ Sonstiges |

## 03 Versicherung und steuerliche Angaben

Steuerliche Angaben sind insbesondere für die Prüfung oder Umsetzung eines Arbeitgebermodells relevant.

| | |
|---|---|
| Krankenversicherung und Krankenversichertennummer * | |
| Pflegekasse, sofern abweichend | |
| Steuerliche Identifikationsnummer | |
| Aktuell oder früher selbstständig<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja, aktuell<br>☐ Ja, früher ☐ Unklar |
| Art und Zeitraum der Selbstständigkeit | |
| Zuständiges Finanzamt und Steuernummer, sofern vorhanden | |
| Separates Budgetkonto<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Vorhanden ☐ Geplant<br>☐ Nicht vorhanden ☐ Unklar |

## 04 Gesundheitliche und pflegerische Situation

Bitte nur gesundheitliche Angaben eintragen, die für den Unterstützungsbedarf oder die sichere Leistungserbringung relevant sind.

| | |
|---|---|
| Relevanteste Hauptdiagnose * | |
| Weitere relevante Diagnosen | |
| Auswirkungen auf Alltag, Selbstständigkeit und Teilhabe * | |
| Aktueller Pflegegrad<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3<br>☐ 4 ☐ 5 ☐ Noch offen |
| Antrag auf Pflegegrad oder Höherstufung<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Geplant<br>☐ Gestellt ☐ Widerspruch läuft |
| Schwerbehindertenausweis<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja<br>☐ Beantragt ☐ Unklar |
| Grad der Behinderung und Merkzeichen | |
| Behandlungspflegerische Maßnahmen und medizinische Besonderheiten (z.B. PEG, Beatmung, Tracheotomie, Epilepsie) | |
| Vorhandene Hilfsmittel | |
| Wohnsituation, Mobilität und relevante häusliche Bedingungen | |

## 05 Bereits bezogene Leistungen

| | |
|---|---|
| Persönliches Budget<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja<br>☐ Beantragt ☐ Früher bezogen |
| Kostenträger des Persönlichen Budgets | |
| Leistungen der Eingliederungshilfe<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja<br>☐ Beantragt ☐ Unklar |
| Kostenträger der Eingliederungshilfe | |
| Leistungen der Krankenversicherung<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja<br>☐ Beantragt ☐ Unklar |
| Art der Leistung und Krankenkasse | |
| Entlastungsleistungen werden genutzt<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar |
| Verhinderungspflege wird genutzt<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar |
| Weitere aktuell bezogene Leistungen, soweit für die Beratung relevant | |

## 06 Gewünschte Unterstützung

| | |
|---|---|
| Welche Unterstützung wird benötigt? * | |

| | |
|---|---|
| Gewünschte Umsetzung<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Arbeitgebermodell ☐ Dienstleistungsmodell<br>☐ Mischform ☐ Noch offen |

| | |
|---|---|
| Unterstützungsbereiche | ☐ Pflege ☐ Ernährung<br>☐ Mobilität ☐ Haushalt<br>☐ Kommunikation ☐ Medizinische Versorgung<br>☐ Arbeit oder Bildung ☐ Freizeit und Teilhabe<br>☐ Behörden ☐ Sonstiges |

| | |
|---|---|
| Personal oder ein Dienstleister ist bereits vorhanden<br>*Bitte nur eine Auswahl markieren.* | ☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise |

| | |
|---|---|
| Weitere Hinweise, Wünsche oder dringende Versorgungslücken | |

## 07 Zusatzangaben zum Arbeitgebermodell

Diesen Abschnitt bitte nur ausfüllen, wenn das Arbeitgebermodell bereits umgesetzt wird oder geprüft werden soll.

| | |
|---|---|
| Arbeitgeberin oder Arbeitgeber | |

| | |
|---|---|
| Betriebsnummer der Bundesagentur für Arbeit, sofern vorhanden | |

| | |
|---|---|
| Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers, sofern vorhanden | |

| | |
|---|---|
| Bestehende Lohnabrechnungsstelle oder Steuerberatung | |

## 08 Unterlagen und Bestätigung

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen richtig und vollständig sind. Dieser Bogen ersetzt keine Vollmacht, Einwilligung oder Schweigepflichtentbindung.

| | |
|---|---|
| Beigefügte Unterlagen | ☐ Pflegegradbescheid ☐ Schwerbehindertenausweis<br>☐ Diagnosebericht ☐ Medikamentenplan<br>☐ Betreuungsbeschluss ☐ Vollmacht<br>☐ Leistungsbescheide<br>☐ Sonstiges |
| Noch fehlende Unterlagen | |
| Ort und Datum | |
| Name und Unterschrift der leistungsberechtigten oder vertretungsberechtigten Person | |