ELLI
BUDGETASSISTENZ

Selbstauskunft

Für minderjährige leistungsberechtigte Personen

Erstinformationen zur Vorbereitung des Beratungsgesprächs

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

01 Angaben zum leistungsberechtigten Kind

Vor- und Nachname des Kindes *	
Geburtsdatum und Geburtsort *	
Anschrift des Kindes *	
Steuerliche Identifikationsnummer des Kindes	

02 Angaben zu Elternteil 1

Vor- und Nachname	
Anschrift, sofern abweichend	
Telefon und E-Mail-Adresse	
Steuerliche Identifikationsnummer	
Aktuell oder früher selbstständig *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja, aktuell ☐ Ja, früher ☐ Unklar

Finanzamt und Steuernummer, sofern vorhanden	

03 Angaben zu Elternteil 2

Falls kein zweiter rechtlicher Elternteil vorhanden oder erreichbar ist, bitte im folgenden Abschnitt erläutern.

Vor- und Nachname	
Anschrift, sofern abweichend	
Telefon und E-Mail-Adresse	
Steuerliche Identifikationsnummer	
Aktuell oder früher selbstständig *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja, aktuell ☐ Ja, früher ☐ Unklar
Finanzamt und Steuernummer, sofern vorhanden	

04 Sorgerecht, Vertretung und Notfallkontakte

Bei gemeinsamem Sorgerecht vertreten die Eltern das Kind grundsätzlich gemeinschaftlich. Abweichende gerichtliche Regelungen oder Pflegschaften sind genau anzugeben.

Sorgerecht *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Beide Eltern gemeinsam ☐ Allein Elternteil 1 ☐ Allein Elternteil 2 ☐ Vormundschaft ☐ Teilweise übertragen ☐ Unklar
Abweichende Regelung, Nachweis und Aktenzeichen	

Besonders geregelte Vertretungsbereiche	☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthalt ☐ Vermögen ☐ Schule ☐ Behörden und Sozialleistungen ☐ Verträge ☐ Sonstiges
Vormund, Ergänzungspfleger oder sonstige gerichtlich bestellte Vertretung *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Verfahren läuft ☐ Unklar
Name, Kontakt und genauer Aufgabenbereich	
Notfallkontakt 1, Name, Verhältnis, Telefon *	
Notfallkontakt 2, Name, Verhältnis, Telefon	
Weitere auskunfts- oder kontaktberechtigte Personen	

05 Versicherung und gesundheitliche Situation

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

Krankenversicherung und Krankenversichertennummer des Kindes *	
Pflegekasse, sofern abweichend	
Relevanteste Hauptdiagnose *	
Weitere relevante Diagnosen	

Auswirkungen auf Alltag, Entwicklung und Teilhabe *	

Aktueller Pflegegrad *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Noch offen

Antrag auf Pflegegrad oder Höherstufung *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Geplant ☐ Gestellt ☐ Widerspruch läuft

Schwerbehindertenausweis *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Unklar

Grad der Behinderung und Merkzeichen	

Behandlungspflegerische Maßnahmen (z.B. PEG, Tracheotomie, Beatmung, Epilepsie, Sonstiges)	

Vorhandene Hilfsmittel	

Mobilität und relevante häusliche Bedingungen	

06 Kita, Schule und bestehende Unterstützung

Aktueller Bereich *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Kita ☐ Schule ☐ Ausbildung ☐ Tagesförderung ☐ Keiner ☐ Sonstiges

Einrichtung und Ansprechperson	

Regelmäßige Betreuungs-, Schul- oder Ausbildungszeiten	

Bereits vorhandene Unterstützung in der Einrichtung	

Konkreter zusätzlicher Unterstützungsbedarf	

07 Bereits bezogene Leistungen

Persönliches Budget *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Früher bezogen

Kostenträger des Persönlichen Budgets	

Leistungen der Eingliederungshilfe/Jugendamt *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Unklar

Kostenträger der Eingliederungshilfe/Jugendamt	

Leistungen der Krankenversicherung *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Unklar

Art der Leistung und Krankenkasse	

Entlastungsleistungen werden genutzt *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar

Verhinderungspflege wird genutzt *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar

Weitere aktuell bezogene Leistungen, soweit relevant	

08 Gewünschte Unterstützung

Welche Unterstützung benötigt das Kind? *	
Welche Teilhabeziele sollen erreicht werden?	
Gewünschte Umsetzung *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Arbeitgebermodell ☐ Dienstleistungsmodell ☐ Mischform ☐ Noch offen
Voraussichtlicher Unterstützungsumfang und Einsatzzeiten	
Unterstützungsbereiche	☐ Pflege ☐ Ernährung ☐ Mobilität ☐ Kommunikation ☐ Medizinische Versorgung ☐ Kita oder Schule ☐ Freizeit und Teilhabe ☐ Beförderung ☐ Sonstiges
Personal oder ein Dienstleister ist bereits vorhanden *Bitte nur eine Auswahl markieren.*	☐ Nein ☐ Ja ☐ Teilweise
Wünsche des Kindes, weitere Hinweise oder dringende Versorgungslücken	

09 Zusatzangaben zum Arbeitgebermodell

Diesen Abschnitt bitte nur ausfüllen, wenn das Arbeitgebermodell bereits umgesetzt wird oder geprüft werden soll. Die Angaben legen die rechtliche oder steuerliche Arbeitgeberstellung nicht verbindlich fest.

Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers, sofern vorhanden	

Bestehende Lohnabrechnungsstelle oder Steuerberatung/Steuernummer des Unternehmens	

10 Unterlagen und Bestätigung

Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass die Angaben nach bestem Wissen richtig und vollständig sind. Dieser Bogen ersetzt keine Vollmacht, Einwilligung oder Schweigepflichtentbindung.

Beigefügte Unterlagen	☐ Geburtsurkunde ☐ Sorgerechtsnachweis ☐ Gerichtsbeschluss ☐ Pflegegradbescheid ☐ Schwerbehindertenausweis ☐ Diagnosebericht ☐ Medikamentenplan ☐ Leistungsbescheide ☐ Sonstiges

Noch fehlende Unterlagen	

Ort und Datum	

Name und Unterschrift Elternteil 1 oder sonstige Vertretung	

Name und Unterschrift Elternteil 2, bei gemeinsamer Vertretung	

Abweichende Vertretungsgrundlage oder Grund für nur eine Unterschrift	