Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Angaben zur Person und Kontaktdaten** | | | | |
| Name | |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum | |  | Geschlecht | männlich  weiblich |
| Sozialversicherungs-Nr. | | 756.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_ | Staatsangehörigkeit |  |
| Telefon | |  | E-Mail (freiwillig) |  |
| **Zivilrechtlicher Wohnsitz** (da bin ich angemeldet, registriert) | | | | |
| Strasse, Nr. | |  | PLZ, Ort |  |
|  | | seit Geburt |  | seit |
| **Korrespondenzadresse** (falls abweichend vom zivilrechtlichen Wohnsitz) | | | | |
| Strasse, Nr. | |  | PLZ, Ort |  |
|  | |  |  |  |
| **2. Beistandschaftliche Massnahme** | | | | |
|  | | Keine Beistandschaft |  | Andere Beistandschaft |
|  | | Umfassende Beistandschaft |  |  |
| **Kontaktdaten der Beistandschaft** | | | | |
| Name | |  | Vorname |  |
| Firma | |  |  |  |
| Strasse, Nr. | |  | PLZ, Ort |  |
| Telefon | |  | E-Mail |  |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie der Ernennungsurkunde*** *zur Beistandschaft bei.* | | | | |
|  |  | |  |  |
| **3. Weitere Angaben zur Person** | | | | |
| **Angaben zur Invalidität (Art der Sozialleistung)** | | | | |
|  | | IV-Rente |  | nicht invalid |
|  | | IV-Rentenentscheid pendent |  | IV-Taggeld |
|  | | invalid gemäss ATSG (keine Rente) |  | AHV-Rente |
|  | | Sozialhilfe |  | Sonstige: |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie des aktuellen IV- oder AHV-Rentenentscheids****, bei Neuanmeldung des Schreibens «IV-Prüfung Rentenfrage», der Verfügung des* ***IV-Taggelds*** *oder des Schreibens betreffend* ***berufliche Massnahmen*** *bei.* | | | | |
|  | | | | |
| **Hauptbehinderungsart** | | | | |
|  | | Körperliche Behinderung |  | Geistige Behinderung |
|  | | Suchtbehinderung |  | Sinnesbehinderung |
|  | | Autismus |  | Psychische Behinderung |
|  | | Hirnverletzung |  | Sonstige: |
|  | | | | |
| **Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung (HE) der IV, der AHV, der Unfall- oder der Militärversicherung?** | | | | |
|  | | Ja |  | Nein (Antrag abgelehnt) |
|  | | Antrag pendent |  | Nein (kein Antrag gestellt) |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie der aktuellen Verfügung der Hilflosenentschädigung*** *bei.* | | | | |
|  | | | | |
| **Erhalten Sie einen Assistenzbeitrag der IV?** | | | | |
|  | | Ja |  | Nein (Antrag abgelehnt) |
|  | | Antrag pendent |  | Nein (kein Antrag gestellt) |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie der aktuellen Verfügung des Assistenzbeitrags*** *bei.* | | | | |
|  | |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Angaben zur Anmeldung** | | |
| **Ich möchte mich auf folgendem Grund für eine Individuelle Bedarfsermittlung anmelden:** | | |
|  | Erstmaliger Leistungsbezug (Ich habe noch nie Leistungen der Behindertenhilfe bezogen) | |
|  | Leistungswechsel (Ich möchte eine andere Leistung der Behindertenhilfe beziehen) | |
|  | Zusätzlicher Leistungsbezug (Ich beziehe bereits Leistungen der Behindertenhilfe und benötige ergänzend eine weitere Leistung der Behindertenhilfe | |
|  | Zeitlich befristeter Entlastungsaufenthalt (z.B. Ferien) bis: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Beabsichtigter Leistungsbezug** | | | | | |
| **Welche Leistung(en) der Behindertenhilfe möchten Sie beziehen?** | | | | | |
|  | Wohnen | |  | Tagesstruktur | |
|  |  | ambulant (zuhause lebend) |  |  | Betreute Tagesgestaltung |
|  |  | stationär (betreutes Wohnen, Wohnheim) |  |  | Begleitete Arbeit |
| **Ab wann möchten Sie die Leistung(en) beziehen?** | | | vorgesehenes Datum |  | |
| Wird mit einem schriftlichen Antrag gleichzeitig Sonderbedarf/Zusatzbedarf beantragt? (Antrag zwingend beilegen)  Nein  Ja, Sonderbedarf  Ja, Zusatzbedarf | | | | | |
| *Hinweis: Für die Leistungen des Bereichs Tagesstruktur (Betreute Tagesgestaltung und Begleitete Arbeit) muss in der Regel bereits eine Institution bekannt sein. Bitte füllen sie dazu folgende Angaben aus.* | | | | | |
| **Wo möchten Sie die Leistung(en) beziehen?** | | | | | |
| Name Leistungserbringer |  | | Ansprechperson |  | |
| Strasse, Nr |  | | Telefon |  | |
| PLZ, Ort |  | | Fax |  | |
| Abteilung / Standort |  | | E-Mail |  | |
| **Falls bekannt: gewünschtes Pensum in der Tagesstruktur (max. 100% oder 42 Stunden in der Woche)** | | | | | |
| Stunden pro Woche |  | | Pensum in % |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Bestätigung und Unterschrift** | | | |
| Der / die Unterzeichnende bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Sie / Er verpflichtet sich, allfällige Änderungen unverzüglich mit dem Formular „Mutationsmeldung“ zu melden.  Mit der Unterzeichnung dieses Formulars wird das für Sie zuständige Amt (siehe unten) ermächtigt, die für die Abklärung der Individuellen Bedarfsermittlung erforderlichen Auskünfte bei den Organen der Sozialversicherungen einzuholen sowie den in dieser Anmeldung benannten Leistungserbringer über den Stand und das Ergebnis der Bedarfsermittlung zu informieren. | | | |
|  |  |  |  |
| **Unterschriftsberechtige Person** | | | |
| Name, Vorname |  | Ort, Datum |  |
| Unterschrift |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Versand** | | | | |
| **Beilagen (es ist ausreichend jeweils nur die aktuellste Version einzureichen)** | | | | |
|  | Kopie IV- oder AHV-Rentenentscheid / Schreiben «IV-Prüfung Rentenfrage» / Verfügung Taggeld / berufliche Massnahmen | | | |
|  | Kopie Verfügung Hilflosenentschädigung | | | |
|  | Kopie Verfügung Assistenzbeitrag | | | |
|  | Kopie Ernennungsurkunde der Beistandschaft | | | |
| **Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post an das für Sie zuständige Amt.** | | | | |
| Bildergebnis für basel stadt baselland wappen | | Zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt  **Amt für Sozialbeiträge**  Behindertenhilfe  Grenzacherstrasse 62  Postfach  4005 Basel | **Bildergebnis für basel stadt baselland wappen** | Zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft  **Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote**  Postfach 204  Ergolzstrasse 3  4414 Füllinsdorf |