

An

Datum: _____

Landeswohlfahrtsverband Hessen

Dezernat Leistungen SGB und KOF

Überörtlicher Sozialhilfeträger

Integrationsamt

Kriegsopferfürsorge

Postfach

34024 Kassel

64223 Darmstadt

65174 Wiesbaden

Ich beantrage Leistungen im Rahmen eines „Persönlichen Budgets“

| | |
|--|--|
| Name: | |
| Geboren: | |
| Anschrift: | |
| Tel./Email: | |
| Name/Anschrift gesetzl. Betreuung: - sofern vorhanden | |

Was möchte ich mit dem Persönlichen Budget erreichen?

Welche Beeinträchtigungen habe ich?

Ich habe einen **Schwerbehindertenausweis**, Grad der Behinderung:

Ich beziehe folgende Rehabilitations- oder Teilhabeleistungen:

| Bitte ankreuzen | Leistungsträger | Geschäftszeichen | Art der Leistung |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Landeswohlfahrtsverband | | |
| <input type="checkbox"/> | Sozialamt | | |
| <input type="checkbox"/> | Krankenversicherung | | |
| <input type="checkbox"/> | Gesetzliche Pflegeversicherung | | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige: | | |

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der Antrag stellenden Person/des gesetzlichen Vertreters

Anlagen:

- Einverständniserklärung
- Selbstauskunft (das Ausfüllen und Beifügen der Selbstauskunft ist freiwillig)

Einverständniserklärung

Ich willige ein, dass vom LWV Hessen meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Bewilligung des Persönlichen Budgets¹ erhoben und an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden, soweit diese für die Bearbeitung meines Antrages auf Bewilligung von Leistungen in Form des Persönlichen Budgets erforderlich sind.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit einer Begutachtung bekannt gewordenen Daten auch an andere Sozialleistungsträger übermittelt und von diesen verwendet werden dürfen.

Hinweis

Ich bin darüber informiert, dass ich die Übermittlung der Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein Widerspruch dazu führen könnte, dass ich das Persönliche Budget nicht in Anspruch nehmen kann (§ 66 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/des gesetzlichen Vertreters

¹ Nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX i.V.m. der Budgetverordnung