

# Basisdaten – Kinder und Jugendliche F 2 Bogen A

Änderung bei Fortschreibung ▼

<b>1. Personenbezogene Daten</b>		Az.	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname		Geschlecht:	
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Familienstand Bitte auswählen	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus	
Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS):			
Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort:			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
<b>2. Vorgeschichte und aktuelle Situation</b> <input type="checkbox"/>			
<b>2.1. Eltern</b>			
Elternteil 1		Elternteil 2	
<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am		<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Tel., Fax, E-Mail		Tel., Fax, E-Mail	
Die Eltern sind Bitte auswählen			
2.2. Geschwister: <input type="checkbox"/> keine Geschwister		Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder	
Anzahl:     , Geb.daten:		Anzahl:     Geb.daten:     , davon im eigenen Haushalt lebend:	
<b>2.3. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute</b> <input type="checkbox"/>			
Jahr	Lebensverlauf / Wohnsituation		
Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
<b>2.4. Vorschulische / Schulische Situation</b> <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/>			
Krippe	Name, Anschrift	von	bis
Kindergarten	Name, Anschrift	von	bis
Hort	Name, Anschrift	von	bis
Schule	Name, Anschrift	von	bis
Ausbildung	Name, Anschrift	von	bis
Sonstiges	Name, Anschrift	von	bis
<b>2.5. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)</b> <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Kindesunterhalt <input type="checkbox"/> BAföG / BAB <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> existenzsichernde Leistungen <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/ Waisen-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Sonstiges:		Vermögen (z.B. Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €	

**3. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis**

Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.

Ein Erstantrag wurde gestellt am

Ein Neufstellungsantrag wurde gestellt am

Der Antrag wurde abgelehnt

Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_, **GdB**

Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis \_\_\_\_\_, GdB  unbefristet

Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

**Merkzeichen:**

H (Hilfslosigkeit)  BI (Blindheit)  RF (Rundfunk/Fernsehen)

B (Begleitperson)  TBI (Taubblindheit)  G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)

Gl (Gehörlosigkeit)  aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)

VB (Versorgungsberechtigt)

**4. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)**

keine Einstufung

Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am

Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am

Eingestuft in Pflegegrad  1  2  3  4  5, Beginn der Anerkennung:

Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)

**5. Umweltfaktoren**

**5.1 Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft**

Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge

Kindesmutterggf. Art der Sorgerechtsübertragung

Kindesvater  Vormundschaft

beide Elternteile  Vermögenspflegschaft

Vormundschaft / Pflegschaft  Art der Pflegschaft:

Beschluss vom \_\_\_\_\_, Az.: \_\_\_\_\_ (bitte Nachweis beifügen)

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
---------------	-----	-------	--------

**5.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB**

ja, durch Beschluss vom \_\_\_\_\_

Befristet bis \_\_\_\_\_

Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:

**5.3 Krankenversicherung**

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer

freiwillig versichert  pflichtversichert  familienversichert

privat versichert  beihilfeberechtigt  § 264 SGB V

**5.4 Verfügbare Ressourcen**

Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel

- 
-

5.5 Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger		<input type="checkbox"/>
Bisherige Unterstützung	Inanspruchnahme	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen</li> <li>- Leistungsumfang und –dauer</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unterstützung / Förderung schulischer Bereich		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychologische Unterstützung		<input type="checkbox"/>
<b>Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger</b>		
<input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialraum		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suchtberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen		<input type="checkbox"/>

**Basisdaten – Kinder und Jugendliche** **F 2** Bogen A

Änderung bei Fortschreibung ▼

8.4 Bezugspersonen, Person des Vertrauens <input type="checkbox"/>			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
Art der Beziehung			

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)

, Datum