

Vorname, Name: _____ Datum: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 PLZ, Ort: _____ Telefon/E-Mail: _____

An:
 Kreis Offenbach
 Fachdienst 53 - SGB XII, Asyl und
 sonstige soziale Leistungen
 Bereich 53.2 – Zentrale Leistungen
 Werner-Hilpert-Straße 1
 63128 Dietzenbach

Antrag auf ein „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“

Ich beziehe folgende Rehabilitations- und Teilhabeleistungen:
 (nicht Renten, Grundsicherung)

Bitte ankreuzen	Leistungsträger	Aktenzeichen/ Mitgliedsnummer	Art der Leistung
<input type="checkbox"/>	Kreis Offenbach -		
<input type="checkbox"/>	Kreis Offenbach -		
<input type="checkbox"/>	Krankenversicherung		
<input type="checkbox"/>	Pflegeversicherung		
<input type="checkbox"/>	Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen)		
<input type="checkbox"/>	sonstige: _____		
<input type="checkbox"/>	sonstige: _____		

Ich habe einen Bescheid des Versorgungsamtes
 Behinderung (en): _____
 GdB: _____ gemäß Bescheid vom: _____

Hiermit stelle ich den Antrag auf ein „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“.

Mit freundlichen Grüßen

 Unterschrift der Antrag stellenden Person/des Gesetzlichen Vertreters

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

Einverständniserklärung

Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ich willige ein, dass vom Fachdienst SGB XII, Asyl und sonstige soziale Leistungen des Kreises Offenbach meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Bewilligung des Persönlichen Budgets* erhoben und an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden, sofern 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.

Ich entbinde die beteiligten Gutachter / Ärzte von deren Schweigepflicht.

Hinweis:

Ich bin darüber informiert, dass ich der Übermittlung der Daten widersprechen kann. Mir ist bekannt dass mein Widerspruch dazu führen kann, dass ich das Persönliche Budget nicht bekomme (§ 66 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des gesetzlichen Vertreters

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