



Bedarfsnachweis

		Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen	
Antrag	1	Datum der Anfrage	
	2	Name	
		Vorname	
	3	Geschlecht	weiblich männlich
	4	Geburtsdatum	
	5	Zivilrechtlicher Wohnsitz (Adresse und Kanton)	
	6	Aktuelle Aufenthaltsadresse	
	7	Telefon	
		Telefon mobil	
		Mail-Adresse	
	8	Nationalität	
		Aufenthaltsstatus	
	9	AHV- / IV-Nummer	
	10	IV-Status	Vollrente Teilrente Keine Rente Rentenentscheid pendent Berufliche Massnahme der IV IV-Taggeld Sistierung der Rente (Massnahmenvollzug) IV-Rentengrad = % Sozialhilfe ja nein Entscheid zu erwarten bis:
	11	Hilflosenentschädigung (HE)	keine leicht mittel schwer
12	Ansprechperson <i>(Name, Institution, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)</i>	Fachstelle / Sozialdienst	
13	Weitere Kontaktperson <i>(Name, Institution, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)</i>	Fachstelle / Sozialdienst	
14	Gesetzliche Vertretung <i>(Name, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)</i>	Elterliche Sorge	
		Beistandschaft <i>Die gesetzliche Vertretung ist für folgende Bereiche zuständig:</i>	
15	Finanzverantwortliche Person? <i>(Ist nur auszufüllen, falls keine gesetzliche Vertretung besteht)</i>		
		Rentenverwaltung nötig? ja nein	

		<i>Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen</i>	
Angebot	16	Aktuelle Wohnform	Wohnheim Sonderschule in Familie selbstständig in eigener Wohnung eigene Wohnung mit ambulanter Wohnbegleitung obdachlos Klinik Andere <i>bitte ausführen:</i>
	17	Gewünschte Wohnform	Wohnheim Aussenwohngruppe Kleinwohngruppe Pflegeheim eigene Wohnung mit ambulanter Wohnbegleitung keine
	18	Aktuelle Arbeitssituation/Tagesstruktur	Betreute Tagesgestaltung: Interne Tagesstruktur (oder Sonderschule) Betreute Tagesgestaltung: Externe Tagesstruktur Begleitete Arbeit: Geschützter Arbeitsplatz Keine
	19	Angestrebte Arbeitsform/Tagesstruktur (nur ankreuzen, wenn eine Tagesstruktur gesucht bzw. ein Wechsel angestrebt wird)	Betreute Tagesgestaltung: Interne Tagesstruktur (oder Sonderschule) Betreute Tagesgestaltung: Externe Tagesstruktur Begleitete Arbeit: Geschützter Arbeitsplatz Keine
	20	Zeitlich begrenzter Entlastungsplatz	ja nein
	22	Ziele des angestrebten Aufenthalts	Dauerwohnplatz / Dauertagesstrukturplatz Fördern der Selbständigkeit Training für eigene Wohnung / Arbeitstraining Ambulant betreute Wohnform Befristeter Aufenthalt zur Stabilisierung / Entlastung Andere (<i>bitte ausführen</i>):
Beifügung	24	Behinderungsform (mehrere Antworten möglich)	Körperbehinderung (kb) Geistige Behinderung (gb) Lernbehinderung (lb) Sinnesbehinderung (sb) Sucht (s) Psychische Behinderung (pb) Hirnverletzung (hv) Psychosoziale Behinderung (z.B. Depression, ...) Erläuterungen (z.B. Krankheit, Diagnose):
	25	Besonderes Verhalten	Autoaggression Fremdaggression Schreien Weglauftendenz Andere (<i>bitte ausführen</i>):
	26	Besonderer Betreuungsbedarf	Emotionale Instabilität Krisen Impulshaftigkeit Fixierung auf Betreuungsperson Andere (<i>bitte ausführen</i>):

		Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen					
Beobachtung	27	Unterstützungsbedarf		keine Unterstützung	Anleitung / Erinnerung	Teilweise Übernahme	Stellvertretung
			Körperpflege				
			Bekleidung				
			Nahrungsaufnahme				
			Wohnen / Haushalt				
			Ist eine Verbesserung der Wohnkompetenz möglich?	ja	nein	ungewiss	
			Spezielle Pflege / Therapien notwendig: Welche?				
	Folgende Hilfsmittel sind notwendig:						
	28	Vorhandene persönliche Kompetenzen	Umgang mit Konflikten Absprachefähigkeit Gruppenfähigkeit Alleine sein				
			Andere (bitte ausführen):				
	29	Vorhandene soziale Kompetenzen	Kontaktaufnahme Aktive Beteiligung an der Beziehungsgestaltung Soziales Netz vorhanden				
			Andere (bitte ausführen):				
	30	Kommunikation / sprachlicher Ausdruck	Gebärdensprache Unterstützte Kommunikation (mit Hilfsmitteln) Keine Unterstützung nötig				
	31	Lesen / Schreiben	ja	nein	teilweise		
	32	Umgang mit Geld	ja	nein	teilweise		
33	Freizeitverhalten	Freizeitgestaltung ist selbständig möglich					
		Gruppenangebote sind nötig Einzelförderung nötig					
34	Wege zurücklegen selbstständig möglich?	ja	nein	teilweise			
35	Rollstuhlfahrer/in?	ja	nein	teilweise			
36	Medikamenteneinnahme	selbständig		kontrolliert	keine Medikamente		
37	Suchterkrankung	Keine Sucht Süchtig In Substitutionsprogramm Abstinenter nach Entzug Unklar	Erläuterungen (z.B. Substanz, Konsumform):				
38	Betreuung in der Nacht	Nachtwache erforderlich Nachtpikett (vor Ort) Nachtbereitschaft (telefonisch)		keine Nachbetreuung Ausgebildetes Fachpersonal ja	notwendig nein		

		Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen		
Antragstellung	39	Name der gewünschten Einrichtung		
	40	Angebotsbezeichnung (Abteilung)	Nur Ausfüllen bei Eintritten in Einrichtungen ausserhalb des Kantons Basel-Stadt und Eintritten in ambulante Wohnbegleitungen	
	41	Adresse		
	42	Gründe für den Eintritt		
	43	Personen mit Wohnsitz ausserhalb Basel-Stadt: Grund für den Wechsel in den Kanton Basel-Stadt		
	44	Vorgesehenes Eintrittsdatum		
	45	Späterer Eintritt möglich?	ja nein Falls ja, auf wann:	
	46	Begründung der Dringlichkeit	Ende der Sonderschule Klinikeintritt voraussehbar, wenn keine Platzierung erfolgt Austritt aus Klinik möglich, wenn betreuter Platz vorhanden wäre Andere (bitte ausführen):	
	47	Zusätzliche Bemerkungen Bitte hier oder in einem Begleitschreiben ausführen, wenn die betroffene Person und die involvierte Fachstelle zu einer unterschiedlichen Einschätzung kommen.		
	Unterschrift	48	Ermächtigung zur Weitergabe dieses Formulars (bei Anmeldung für die Koordinationsliste Behindertenhilfe, KoLB)	Die unterzeichnende Person berechtigt die Stelle, welche die Anmeldung aufgenommen hat, das ausgefüllte Formular an die Abteilung Behindertenhilfe Basel-Stadt zwecks Aufnahme auf die "Koordinationsliste Behindertenhilfe" weiterzugeben. Ebenfalls wird die Abteilung Behindertenhilfe berechtigt, das Formular an Einrichtungen im Kanton Basel-Stadt, welche einen freien Wohn- und/oder Tagesstrukturplatz im gesuchten Rahmen anbieten können, weiterzugeben.
49		Ermächtigung zur Bekanntgabe des Entscheids an die Ansprechperson (bei Eintritten in inner- und ausserkantonale Einrichtungen der Behindertenhilfe)	Der Entscheid bezüglich der Kostengutsprache darf der Gesuch stellenden Person (Ansprechperson, vgl. Punkt 12) bekannt gegeben werden.	
50		Datum und Unterschrift der betroffenen Person bzw. der gesetzlichen Vertretung		
51		Datum und Unterschrift der involvierten Fachstelle (z.B. Sozialdienst, Beratungsstelle, Arzt, Einrichtung)		