



Bedarfsnachweis

		<i>Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen</i>		
Antragsteller	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 Sistierung der Rente (Massnahmenvollzug) Teilrente IV-Rentengrad = % Keine Rente Sozialhilfe ja nein Rentenentscheid pendent <i>Entscheid zu erwarten bis:</i> Berufliche Massnahme der IV IV-Taggeld	
	11	Hilflosenentschädigung (HE)	keine leicht mittel schwer	
12	Ansprechperson (Name, Institution, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)	Fachstelle / Sozialdienst		
13	Weitere Kontaktperson (Name, Institution, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)	Fachstelle / Sozialdienst		
14	Gesetzliche Vertretung (Name, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)	Elterliche Sorge	Beistandschaft	
		Die gesetzliche Vertretung ist für folgende Bereiche zuständig:		
15	Finanzverantwortliche Person? (Ist nur auszufüllen, falls keine gesetzliche Vertretung besteht)			
		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 <i>(z.B. Trauma, ...)</i> <i>Erläuterungen (z.B. Krankheit, Diagnose):</i>
	25	Besonderes Verhalten	Autoaggression Fremdaggression Schreien Weglauffendenz Andere (<i>bitte ausführen</i>):
	26	Besonderer Betreuungsbedarf	Emotionale Instabilität Krisen Impulshaftigkeit Fixierung auf Betreuungsperson Andere (<i>bitte ausführen</i>):

		<i>Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen</i>					
Behinderung	27	Unterstützungsbedarf		keine Unterstützung	Anleitung / Erinnerung	Teilweise Übernahme	Stellvertretung
			Körperpflege				
			Bekleidung				
			Nahrungsaufnahme				
			Wohnen / Haushalt				
			Ist eine Verbesserung der Wohnkompetenz möglich?	ja	nein	ungewiss	
			<i>Spezielle Pflege / Therapien notwendig: Welche?</i>				
	<i>Folgende Hilfsmittel sind notwendig:</i>						
	28	Vorhandene persönliche Kompetenzen	Umgang mit Konflikten Absprachefähigkeit Gruppenfähigkeit Alleine sein				
			Andere (<i>bitte ausführen</i>):				
	29	Vorhandene soziale Kompetenzen	Kontaktaufnahme Aktive Beteiligung an der Beziehungsgestaltung Soziales Netz vorhanden				
			Andere (<i>bitte ausführen</i>):				
	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 Abstinent nach Entzug Unklar			<i>Erläuterungen (z.B. Substanz, Konsumform):</i>		
38	Betreuung in der Nacht	Nachtwache erforderlich		keine Nachtbetreuung			
		Nachtpikett (vor Ort)		Ausgebildetes Fachpersonal		notwendig	
		Nachtbereitschaft (telefonisch)		ja		nein	

		<i>Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen</i>	
Angebotungsbogen	39	Name der gewünschten Einrichtung	
	40	Angebotsbezeichnung (Abteilung)	<i>Nur Ausfüllen bei Eintritten in Einrichtungen ausserhalb des Kantons Basel-Stadt und Eintritten in ambulante Wohnbegleitungen</i>
	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 <i>Falls ja, auf wann:</i>
	46	Begründung der Dringlichkeit	Ende der Sonderschule Klinikeintritt voraussehbar, wenn keine Platzierung erfolgt Austritt aus Klinik möglich, wenn betreuter Platz vorhanden wäre Andere (<i>bitte ausführen</i>):
	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)
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)	