

(bisheriger) Kostenträger:

- LWL Aktenzeichen des LWL (falls bekannt) _____
- Sonstige:

überarbeitete Fassung auf Anfrage der GF der HPK

Erhält Eingliederungshilfen seit: _____

letzter Bewilligungszeitraum vom _____ bis _____ stationär ambulant

A. Angaben zur Person

Name		Vorname		Geburtsdatum	
PLZ, Wohnort			Straße		
Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Staatsangehörigkeit		Familienstand		telefonisch erreichbar

Rechtliche Betreuung nein ja beantragt

Umfang: Gesundheitsorge Aufenthaltbestimmung Vermögenssorge
 Sonstiges: _____

Angaben zum gesetzlichen Betreuer/ der gesetzlichen Betreuerin:

Name		Vorname		telefonisch erreichbar	
PLZ, Wohnort			Straße		

B. Art der Behinderung (Mehrfachnennungen möglich)

- Psychische/Seelische Behinderung
- Suchterkrankung
- Körperliche Behinderung
- Anfallsleiden
- Sonstige Einschränkung(en) _____
- Hilfsmittelversorgung _____
- Lernbehinderung
- Verhaltensstörung
- Sehbehinderung
- Geistige Behinderung
- Autismus
- Hörbehinderung

C. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI

- anerkannt Pflegestufe: nicht anerkannt
- beantragt, aber noch nicht entschieden
- nicht beantragt
- kein Pflegebedarf

Anlagen

Medizinische Stellungnahme (fach- oder amtsärztliche Unterlagen) und ggf. Schulbericht, Sozialbericht

- beigelegt
- wird vom Antragsteller dem Kostenträger unmittelbar zugeleitet
- sind nicht beigelegt, da diese dem LWL aufgrund einer anderen Leistungserbringung (z. B. Besuch einer WfbM) bereits vorliegen

Grundantrag Sozialhilfe

- beigelegt
- wird vom Antragsteller dem Kostenträger unmittelbar zugeleitet
- nicht beigelegt, da dieser dem Kostenträger bereits vorliegt