



Bedarfsnachweis

		Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen		
Angaben zur Person	1	Datum der Anfrage		
	2	Name		
		Vorname		
	3	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Vollrente <input type="checkbox"/> Sistierung der Rente (Massnahmenvollzug) <input type="checkbox"/> Teilrente IV-Rentegrad = % <input type="checkbox"/> Keine Rente Sozialhilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rentenentscheid pendent <i>Entscheid zu erwarten bis:</i> <input type="checkbox"/> Berufliche Massnahme der IV <input type="checkbox"/> IV-Taggeld	
	11	Hilflosenentschädigung (HE)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	
12	Ansprechperson <i>(Name, Institution, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)</i>	<input type="checkbox"/> Fachstelle / Sozialdienst <input type="checkbox"/> Privatperson		
13	Weitere Kontaktperson <i>(Name, Institution, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)</i>	<input type="checkbox"/> Fachstelle / Sozialdienst <input type="checkbox"/> Privatperson		
14	Gesetzliche Vertretung <i>(Name, Adresse, Funktion, Telefon, Mail-Adresse)</i>	<input type="checkbox"/> Elterliche Sorge <input type="checkbox"/> Beistandschaft		
		Die gesetzliche Vertretung ist für folgende Bereiche zuständig:		
15	Finanzverantwortliche Person? <i>(Ist nur auszufüllen, falls keine gesetzliche Vertretung besteht)</i>			
		Rentenverwaltung nötig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

		<i>Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen</i>	
Angebot	16	Aktuelle Wohnform	<input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> in Familie <input type="checkbox"/> selbstständig in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> eigene Wohnung mit ambulanter Wohnbegleitung <input type="checkbox"/> obdachlos <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Andere <i>bitte ausführen:</i>
	17	Gewünschte Wohnform	<input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Aussenwohngruppe <input type="checkbox"/> Kleinwohngruppe <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> eigene Wohnung mit ambulanter Wohnbegleitung <input type="checkbox"/> keine
	18	Aktuelle Arbeitssituation/Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> Betreute Tagesgestaltung: Interne Tagesstruktur (oder Sonderschule) <input type="checkbox"/> Betreute Tagesgestaltung: Externe Tagesstruktur <input type="checkbox"/> Begleitete Arbeit: Geschützter Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Keine
	19	Angestrebte Arbeitsform/Tagesstruktur <small>(nur ankreuzen, wenn eine Tagesstruktur gesucht bzw. ein Wechsel angestrebt wird)</small>	<input type="checkbox"/> Betreute Tagesgestaltung: Interne Tagesstruktur (oder Sonderschule) <input type="checkbox"/> Betreute Tagesgestaltung: Externe Tagesstruktur <input type="checkbox"/> Begleitete Arbeit: Geschützter Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Keine
	20	Zeitlich begrenzter Entlastungsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedarfserhebung	22	Ziele des angestrebten Aufenthalts	<input type="checkbox"/> Dauerwohnplatz / Dauertagesstrukturplatz <input type="checkbox"/> Fördern der Selbständigkeit <input type="checkbox"/> Training für eigene Wohnung / Arbeitstraining <input type="checkbox"/> Ambulant betreute Wohnform <input type="checkbox"/> Befristeter Aufenthalt zur Stabilisierung / Entlastung Andere (<i>bitte ausführen</i>):
	24	Behinderungsform <small>(mehrere Antworten möglich)</small>	<input type="checkbox"/> Körperbehinderung (kb) <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung (gb) <input type="checkbox"/> Lernbehinderung (lb) <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung (sb) <input type="checkbox"/> Sucht (s) <input type="checkbox"/> Psychische Behinderung (pb) <input type="checkbox"/> Hirnverletzung (hv) <input type="checkbox"/> Psychosoziale Behinderung (psb) <input type="checkbox"/> Autismus (a) <div style="float: right; width: 150px;"><i>Erläuterungen (z.B. Krankheit, Diagnose):</i></div>
	25	Besonderes Verhalten	<input type="checkbox"/> Autoaggression <input type="checkbox"/> Fremdaggression <input type="checkbox"/> Schreien <input type="checkbox"/> Weglauftendenz Andere (<i>bitte ausführen</i>):
	26	Besonderer Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/> Emotionale Instabilität <input type="checkbox"/> Krisen <input type="checkbox"/> Impulshaftigkeit <input type="checkbox"/> Fixierung auf Betreuungsperson Andere (<i>bitte ausführen</i>):

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

		<i>Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen</i>	
Angaben zur Einrichtung / Begründung	39	Name der gewünschten Einrichtung	
	40	Angebotsbezeichnung (Abteilung)	<i>Nur Ausfüllen bei Eintritten in <u>Einrichtungen ausserhalb des Kantons Basel-Stadt</u> und Eintritten in <u>ambulante Wohnbegleitungen</u></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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Falls ja, auf wann:</i>
46	Begründung der Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> Ende der Sonderschule <input type="checkbox"/> Klinikeintritt voraussehbar, wenn keine Platzierung erfolgt <input type="checkbox"/> 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)	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)	