

Formulierung der Anfrage



2. Die gesetzlichen Vertreter des Antragstellers:

Nur ausfüllen, wenn

- **es sich um eine minderjährige Person handelt;**
- **bei erwachsener Person eine Maßnahme zur Verlängerung der Minderjährigkeit getroffen wurde.**

<p>Name :</p> <p>Vorname :</p> <p>Geburtsdatum : / /</p> <p>Adresse (Domizil) :</p> <p><i>Straße :</i> <i>Nr.:</i></p> <p><i>Postleitzahl :</i> <i>Ort :</i></p> <p><i>Gemeinde :</i>.....</p> <p><i>Telefonnummer :</i>..... /</p> <p>Geschlecht : <input type="radio"/> <i>männlich</i> <input type="radio"/> <i>weiblich</i></p> <p>Zivilstand :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> <i>ledig</i><input type="radio"/> <i>verheiratet</i><input type="radio"/> <i>getrennt</i><input type="radio"/> <i>geschieden</i><input type="radio"/> <i>verwitwet</i> <p>Art der Verwandtschaft mit dem Antragsteller / der Antragstellerin :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> <i>Vater</i><input type="radio"/> <i>Mutter</i><input type="radio"/> <i>Andere :</i>
--

Name :

Vorname :

Geburtsdatum : / /

Adresse (Domizil) :

Straße : *Nr.:*

Postleitzahl : *Ort :*.....

Gemeinde :.....

Telefonnummer :..... /

Geschlecht : *männlich* *weiblich*

Zivilstand :

- ledig*
- verheiratet*
- getrennt*
- geschieden*
- verwitwet*

Art der Verwandtschaft mit dem Antragsteller / der Antragstellerin :

- Vater*
- Mutter*
- Andere :.....*

3. Art der Anfrage:

**3.1. Beschreiben Sie kurz, was Sie dazu veranlasst hat, sich bei der Dienststelle zu melden
(Ihre Situation, Schwierigkeiten, die Sie in Ihrem täglichen Leben, auf der Arbeit, während anderer Aktivitäten, bewältigen müssen).**

3.2. Welche Hilfeleistungen wünschen Sie seitens der Dienststelle für Personen mit Behinderung? (bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. vervollständigen)

eine Kostenbeteiligung an materiellen Anschaffungen oder Anpassungen (*bitte angeben, welches Material benötigt wird*):

- eine berufliche Eingliederung (Beratung, Begleitung)
- eine Beratung, Begleitung bei der Suche nach einer angepassten Wohnform
- eine Beratung, Begleitung bei der Suche nach einer angepassten Freizeitgestaltung
- eine Beratung, Begleitung durch die Familienbegleiterin (*nur für Kinder und Eltern von Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren*)
- eine Beratung durch den Dienst SENS (Freundschaft, Gefühle und Sexualität)
- eine Beratung durch den Dienst COME-BACK
- eine andere Anfrage (bitte kurz umschreiben)

4. Welcher Krankenkasse sind Sie angeschlossen?

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. vervollständigen)

- CAAMI
- Christliche Ostbelgische Krankenkasse (C.O.K.)
- Freie Krankenkasse
- Neutrale Krankenkasse
- Sozialistische Krankenkasse
- andere nicht erwähnte Krankenkasse :

5. Welche finanziellen Leistungen erhalten Sie von anderen Einrichtungen ? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Behindertenbeihilfen* bzw. *soziale Vorteile* seitens des Ministeriums der sozialen Angelegenheiten, der Volksgesundheit und der Umwelt
Referenznummer: _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _
- Erhöhte Kinderzulagen seitens der *Kinderzulagenkasse*
- Entschädigung einer *Unfallversicherung*
- Entschädigung der *Kasse für Berufskrankheiten*
- Entschädigung seitens „*Fonds für Opfer von Straftaten*“
- Entschädigung der *Kriegsinvalidenkasse*
- Andere* (bitte einzeln angeben):

6. Aktuelle Beschäftigung oder Arbeit:
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Schüler
- Student
- Arbeitsloser mit Erhalt von Stempelgeld
- Arbeitsloser ohne Erhalt von Stempelgeld
- Anerkannt seitens der Krankenkasse als:
 - Kranke(r) mit Erhalt von **Krankengeld***
 - Invalide mit Erhalt einer **Invalidenbeihilfe***

- Bezieher eines Eingliederungseinkommens (seitens ÖSHZ – früher Minimex):
 - als Arbeitssuchender beim **Arbeitsamt** eingetragen*
 - als Arbeitssuchender nicht beim **Arbeitsamt** eingetragen*

- Arbeiter / Angestellter:

1) Ausgeübter Beruf:

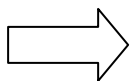
2) Status:

- Selbstständiger
- Arbeiter / Angestellter in einer privaten Firma
- Arbeiter / Angestellter in einem öffentlichen Dienst
- andere (bitte erläutern)

.....
.....
.....
.....
.....

- Pension oder Früh-Pension

7. Angaben zur Einkommenssituation:



Nur ausfüllen, wenn
Sie älter als 65 Jahre sind, ansonsten gehen Sie direkt zu Punkt 8

7.1. Haushaltszusammensetzung (bitte vervollständigen)

NAME	VORNAME	ALTER	ART DER VERWANDTSCHAFT MIT DEM ANTRAGSTELLER
1.
2.
3.
4.
5.

7.2. Haushaltseinkünfte:

Bitte geben Sie Ihr Haushaltseinkommen an, d.h. die Einkünfte des Antragstellers sowie die Einkünfte des Ehepartners bzw. der Person, mit der der Antragsteller zusammenlebt. Bei Kindern, bitte die Einkünfte beider Elternteile angeben.

Sehr wichtig: Fügen Sie eine Kopie der entsprechenden Belege bei (z.B. Kopie der Kontoauszüge, Steuererklärung, Rentenbelege, usw.)

Einkünfte der Person 1: € monatl./jährl.

(Unzutreffendes bitte streichen)

+ € monatl./jährl.

Einkünfte der Person 2: € monatl./jährl.

+ € monatl./jährl.

8. Ich wünsche, im Rahmen meiner Anfrage von einer Person meiner Wahl begleitet zu werden: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

JA

NEIN

Wenn ja, bitte Angaben bezüglich dieser Person hiernach vermerken.

Wenn es sich um einen Dienst handelt, bitte Name des Dienstes angeben:

.....

Adresse (wenn bekannt):

.....
.....
.....

Name der Person:

.....

Ich bestätige, dass alle in diesem Formular enthaltenen Angaben richtig und wahrheitsgetreu sind.

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin
(ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in))

Datum: / /

Name:

Vorname:

9. Hat eine Person Ihnen beim Ausfüllen des Formulars geholfen?

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

JA

NEIN

Wenn ja, bitte Angaben bezüglich dieser Person hiernach vermerken.

ggf. Name des Dienstes:

.....

Adresse (wenn bekannt):

.....

.....

Name der Person:

.....

Bitte auflisten, welche Anlagen dem Formular beigefügt wurden:

.....

.....

.....

Diese Informationen sind für uns wichtig um gezielt auf Ihre Anfrage antworten zu können.

Bitte Unterlagen zurücksenden an:

***Dienststelle für Personen
mit Behinderung***

Vennbahnstraße 4/4
4780 ST.VITH

Tel.: 080/229.111

Fax: 080/229.098

E-Mail: info@dpb.be

Webseite: www.dpb.be