

# Selbstdeklaration kantonales Assistenzbudget (ABBE, ABTG)

(Deckblatt)

## Personalien

Eingangsdatum

Name

Adresse

Wer hat die Selbstdeklaration ausgefüllt?

- behinderte Person selbständig
- Vertrauensperson zusammen mit behinderter Person
- gesetzliche Vertretung allein

Der/die Unterzeichnende bestätigt, die Angaben wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift der antragstellenden Person, der Vertreterin oder des Vertreters

## Beilagen:

Bitte beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Behinderung, nennen Sie die genaue Diagnose und schildern Sie einen typischen Tagesablauf. Legen Sie weiterhin eine Kopie der gesamten Verfügung der Hilflosenentschädigung (inklusive der verfügbaren alltäglichen Lebensverrichtungen ATL und Sonderfälle) bei und geben Sie die Bankverbindung Ihres Assistenzkontos an. Falls Sie einen Assistenzbeitrag der IV erhalten benötigen wir eine Kopie der Verfügung, der Berechnung (4 Seiten) sowie die Zusammenfassung Berechnung und Abklärung (7 Seiten).

Bitte legen Sie folgende weitere Unterlagen bei:

- \* evtl. Abrechnung Krankenkasse für Spitex/Pflege / Besorgungen/Therapie (1 Monat)
- \* evtl. Bestätigung Werk-/Tagesstätte oder Bildungsstätte / Arbeitgeber (ab 10 Std./Woche) oder Freiwilligenarbeit
- \* evtl. Familienbuch (Heiratsurkunde, Geburtsurkunden der Kinder)
- \* evtl. Trennungs-/Scheidungskonvention (Regelung Kinderbetreuung)
- \* evtl. Ausbildungsbestätigung für unterhaltene Jugendliche bis 25 Jahre

Besten Dank im Voraus!

***Ihre Daten werden vertraulich behandelt!***

**Bitte komplette Selbstdeklaration vollständig ausgefüllt und mit den notwendigen Beilagen per Post senden an:**



**Assistenzbüro ABü**  
General-Dufour-Str. 28  
2502 Biel/Bienne

# Kategorie Wohnen: 1 Alltägliche Lebensverrichtungen ATL

## 1.1 An-/Auskleiden

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. dem damit verbundenen Transfers (Aufstehen/Absitzen), jedoch ohne dem An-/Auskleiden im Zusammenhang mit dem Verrichten der Notdurft

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Selbständigkeit	voll	gross	teilweise	gering	keine
Hilfebedarf □ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)

Tätigkeit	Beschrieb					
1.1.1 Zusammenstellen der Kleider/Wäschewechsel	Aussuchen/Bereitlegen der Kleidung, auf dem Wetter angepasste Kleidung achten, Anleiten/Kontrolle der Hygiene (zeitiger Wäschewechsel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.2 An-/Auskleiden	An-/Auskleiden der Alltagskleidung (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.3 An-/Ablegen von Hilfsmitteln	z.B. Orthesen, Stützstrümpfe, Korsett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	aufgrund starker Spasmen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
	2 HelferInnen notwendig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
	aufwändige Aufrechterhaltung Körpertemperatur (Decken, Wärmflaschen etc.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
<b>Zusatzangaben</b>	Beziehen Sie regelmässig Pflegeleistungen, die Ihre Krankenkasse (mit finanziert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	*	Minuten/Woche	Name, Adresse der Krankenkasse

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden

# Kategorie Wohnen: 1 Alltägliche Lebensverrichtungen ATL

## 1.2 Aufstehen/Absitzen/Abiegen/Fortbewegen zu Hause

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe ohne unmittelbare Transfers zur Körperpflege (in/aus Dusche/ Badewanne etc.) oder Notdurft (auf/von WC, Lagern bei Verrichtung im Liegen, Abiegen zum Windeln wechseln etc.)

Selbständigkeit

Stufe 0  
voll

Stufe 1  
gross

Stufe 2  
teilweise

Stufe 3  
gering

Stufe 4  
keine

Hilfebedarf

kein

punktuell

bei mehreren  
Verrichtungen

bei den meisten  
Verrichtungen  
(wenig Eigenleistung)

umfassend und  
ständig bei allem  
(ohne Eigenleistung)

bitte jeweils ankreuzen  
\_\_ Bemerkungen nach Bedarf

Tätigkeit	Beschrieb
1.2.1 Positionswechsel	Aufstehen (z.B. um Fenster zu öffnen, Gegenstand zu holen), Absitzen, Abiegen (Stuhl, Sofa, Rollstuhl, Bett, Liegestuhl etc.)
1.2.2 Mobilität (drinnen)	Fortbewegung zu Hause (Führen, Rollstuhl schieben, Türen öffnen, Lift betätigen etc.)
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	aufwändiges Lagern, z.B. bei starken Spasmen
	2 HelferInnen notwendig
	zeitaufwändiger Hilfsmiteinsatz (Hebelift)
<b>Koordination mit med. Pflege</b>	in Alltag eingebundene Bewegungsübungen, (mobilisieren, massieren, durchdehnen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

# Kategorie Wohnen: 1 Alltägliche Lebensverrichtungen ATL

## 1.3 Essen und Trinken

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe zur Nahrungsaufnahme

<i>Selbständigkeit</i>	<b>Stufe 0</b> <i>voll</i>	<b>Stufe 1</b> <i>gross</i>	<b>Stufe 2</b> <i>teilweise</i>	<b>Stufe 3</b> <i>gering</i>	<b>Stufe 4</b> <i>keine</i>
<b>Hilfebedarf</b> □ bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf	<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>

<b>Tätigkeit</b>	<i>Beschrieb</i>
1.3.1 Vorbereiten der Nahrungsaufnahme	<i>einschenken, schöpfen, schneiden, Brot schmieren, pürieren etc.</i>
1.3.2 Essen und Trinken	<i>inkl. Einhaltung von Essmenge, Essrhythmus</i>
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	Eingeben erschwert durch starke Spasmen
	besonders zeitaufwändiges Kauen/ Schlucken
<b>Koordination mit med. Pflege</b>	Sondenernährung, Benützung eines Sondomats etc.

□	□	□	□	□
<hr/>				
□	□	□	□	□
<hr/>				
ja □	nein □			
<hr/>				
ja □	nein □			
<hr/>				
ja □	nein □			
<hr/>				

# Kategorie Wohnen: 1 Alltägliche Lebensverrichtungen ATL

## 1.4 Körperpflege

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. den damit verbundenen Transfers

		Selbständigkeit	Stufe 0 voll	Stufe 1 gross	Stufe 2 teilweise	Stufe 3 gering	Stufe 4 keine
		Hilfebedarf □ bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)
Tätigkeit	Beschrieb						
1.4.1 Körperwäsche	Baden, duschen, Teilwäsche am Lavabo oder im Bett, abtrocknen, inkl. Halten/Stützen sowie Überwachen/ Kontrolle der Hygiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.2 Transfer	in/aus Dusche/Badewanne, am Lavabo aufstehen/absitzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.3 Zahnpflege/Mundhygiene	Zähne putzen, Zahnseide nutzen, Pflege von Zahnprothesen etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.4 Periodische Körperpflege	Haare, Nägel, Monatshygiene etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.5 Kosmetik	eincremen, rasieren, schminken etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	2 HelferInnen notwendig		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
	zeitaufwändiger Hilfsmiteinsatz		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

# Kategorie Wohnen: 1 Alltägliche Lebensverrichtungen ATL

## 1.5 Notdurft

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. den damit verbundenen Transfers (Aufstehen, Absitzen, Abliegen) sowie dem An-/Auskleiden

<i>Selbständigkeit</i>	<b>Stufe 0</b> <i>voll</i>	<b>Stufe 1</b> <i>gross</i>	<b>Stufe 2</b> <i>teilweise</i>	<b>Stufe 3</b> <i>gering</i>	<b>Stufe 4</b> <i>keine</i>
<b>Hilfebedarf</b> □ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf	<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>

<b>Tätigkeit</b>	<i>Beschrieb</i>
1.5.1 Transfer	<i>auf das / vom WC bzw. Abliegen (zur Verrichtung im Liegen, zum Wickeln)</i>
1.5.2 Verrichten der Notdurft	<i>inkl. Halten/Stützen sowie Überwachen</i>
1.5.3 Säubern	<i>inkl. Hygieneverhalten (nach Toiletengang Hände waschen, WC sauber hinterlassen etc.)</i>
1.5.4 Aus- und Anziehen	<i>inkl. Korrektheit der Kleider überprüfen</i>
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	aufgrund starker Spasmen
	2 HelferInnen notwendig
	zeitaufwändiger Hilfsmiteinsatz
<b>Koordination mit med. Pflege</b>	<i>unübliche Art und Weise der Notdurft (z.B. Einlagen, Windeln, Katheter, Stoma etc.)</i>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

**Kategorie Wohnen: 1 Alltägliche Lebensverrichtungen ATL, Zusatzaufwand (täglich benötigte Pflege)**

**1.6 Medikamente, Wunden, Vitalzeiche, Atemtherapie**

Tätigkeit	Beschrieb	<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen <input type="checkbox"/> Bemerkungen nach Bedarf
1.6.1 Medikamente vorbereiten	<i>bei Bedarf zerkleinern</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>
1.6.2 Hilfe bei Einnehmen/Verabreichen der Medikamenten		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>
1.6.3 Augen-/Ohrenpflege	<i>Tropfen, Salben, Desinfizieren etc.</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>
1.6.4 subkutane Injektion		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>
1.6.5 Blutzuckerkontrolle, Blutdruck und Puls		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>
1.6.6 Tracheostomapflege	<i>Absaugen, Kanülenwechsel</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>
1.6.7 Dekubitusprophylaxe	<i>Prüfung der Haut, einrcémen an gefährteteten Stellen)</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <hr/>

**Fortsetzung**

Tätigkeit	Beschrieb
1.6.8 Dekubituspflege über mehrere Monate	
1.6.9 Epidermosis bullosa	
1.6.10 Atemtherapie, Atemunterstützung	<i>Atemgerät einstellen, Maske an-/ablegen und säubern; Sauerstoffgehalt in Blut messen und inhalieren</i>
1.6.11 Rachen absaugen	
<b>Zusatzangaben</b>	Benötigen Sie diese Pflegeleistungen regelmässig?
	Werden diese Pflegeleistungen von einer Versicherung (mit)finanziert?

bitte jeweils ankreuzen  
 \_\_\_ Bemerkungen nach Bedarf

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

---



---



---



---



---

Name, Adresse des Leistungserbringers (Spitex etc.)

---

Name, Adresse der Versicherung (IV, UV, MV, KV etc.)

---



## Kategorie Wohnen: 2 Haushalt und Administration

### 2.1 Administration

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe bei organisatorischen und administrativen Aufgaben ohne Einkaufs-/Essensplanung

<i>Selbständigkeit</i>	<b>Stufe 0</b> <i>voll</i>	<b>Stufe 1</b> <i>gross</i>	<b>Stufe 2</b> <i>teilweise</i>	<b>Stufe 3</b> <i>gering</i>	<b>Stufe 4</b> <i>keine</i>
<b>Hilfebedarf</b> □ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf	<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>

<b>Tätigkeit</b>	<i>Beschrieb</i>
2.1.1 Planung/Organisation des Helfernetzes/der Assistenz	<i>Helfende suchen/anweisen, Lohnwesen Persönliche Assistenz</i>
2.1.2 andere Verwaltungsarbeiten	<i>Post, Einzahlungen, Schreiben etc.</i>
<b>Zusatzangaben</b>	Haben Sie einen Beistand für administrative Aufgaben?

---

ja  nein       Name, Adresse

---

## Kategorie Wohnen: 2 Haushalt und Administration

### 2.2 Ernährung

Bedarf an direkter (Ausführen/ Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/ Überwachen) persönlicher Hilfe bei Tätigkeiten in der Küche

		Selbständigkeit	Stufe 0 voll	Stufe 1 gross	Stufe 2 teilweise	Stufe 3 gering	Stufe 4 keine
		Hilfebedarf <input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)
Tätigkeit	Beschrieb						
2.2.1 Tägliche Mahlzeiten zubereiten	inkl. kneten, braten, abschütten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Küche in Ordnung halten	inkl. Geschirr abwaschen, Külschrank/Herd/Küchengeräte etc. reinigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	aufgrund behinderungsbedingter Spezialernährung	ja <input type="checkbox"/>					
Zusatzangaben	Wie viele Erwachsene (ohne Jugendliche in Ausbildung) wohnen mit Ihnen im selben Haushalt?	Anzahl: _____			Geburtsdaten der eigenen volljährigen Kinder (Tag, Monat, Jahr)		
	Wohnen Sie mit minderjährigen Kindern im selben Haushalt, für welche Sie unterhaltspflichtig sind?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>			Geburtsdaten der Kinder (Tag, Monat, Jahr)		

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden

## Kategorie Wohnen: 2 Haushalt und Administration

### 2.3 Wohnungspflege

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe beim Putzen/Aufräumen etc.

		<b>Stufe 0</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe 4</b>
		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
		<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>
		<b>Selbständigkeit</b> <b>Hilfebedarf</b> <input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf				
<b>Tätigkeit</b>	<b>Beschrieb</b>					
2.3.1 Tageskehr	Ordnung, Lüften, Bett machen, Bad reinigen, kleine Reparaturarbeiten, Unterhalt von Haushaltsgeräten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Wochenkehr	inkl. Frühlingsputz, Fensterreinigung etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	Allergien, Schmutz durch Rollstuhl, aggressives/verwüstendes Verhalten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
	heizen (manuelle Holzfeuerung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

## Kategorie Wohnen: 2 Haushalt und Administration

### 2.4 Einkauf und Besorgungen

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. Transport und Kommunikation vor Ort

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Selbständigkeit	voll	gross	teilweise	gering	keine
Hilfebedarf □ bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)

Tätigkeit	Beschrieb	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
2.4.1 Ernährungs- Menu-/Einkaufsplanung	Menüs planen/zusammenstellen, Rezepte studieren, Vorräte prüfen, Einkaufsliste erstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4.2 Einkaufen, Einräumen/Versorgen	Weg bewältigen, aus Regalen nehmen, Kommunikation mit Verkaufspersonal, Umgang mit Geld, Waren transportieren und zu Hause einräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4.3 andere Besorgungen	Post, Amt, persönliche Besorgungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	Transport/Begleitung zu 1-2 Arzt-/Therapiekonsultationen pro Woche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Zusatzangaben	Beziehen Sie in diesem Bereich regelmässig Leistungen, die Ihre Krankenkasse (mit)finanziert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> *		Minuten/Woche	Name, Adresse der Krankenkasse	

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden

## Kategorie Wohnen: 2 Haushalt und Administration

### 2.5 Wäsche-/Kleiderpflege

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe rund um verwendete Textilien

		<b>Stufe 0</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe 4</b>
<i>Selbständigkeit</i>		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
<b>Hilfebedarf</b>		<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>
<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf						
<b>Tätigkeit</b>	<i>Beschrieb</i>					
2.5.1 Wäsche sortieren/waschen und aufhängen/trocknen	<i>inkl. Bedienung Waschmaschine und Trockner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.2 Wäsche zusammenlegen bügeln/versorgen	<i>inkl. Nähen/Flicken, Schuhpflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)</b>	behinderungsbedingt grosser Wäscheverbrauch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

## Kategorie Wohnen: 3 Teilhabe und Freizeit

### 3 Freizeit und Teilhabe

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe bei Beschäftigungen gemäss individueller Vorlieben

		<b>Stufe 0</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe 4</b>
<i>Selbständigkeit</i>		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
<b>Hilfebedarf</b>		<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>
<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf						
<b>Tätigkeit</b>	<i>Beschrieb</i>					
3.1 Hobbys/Sport, Tiere/Pflanzen	<i>Tätigkeiten aussuchen/ausüben, Handreichungen, vorlesen, erläutern, inkl. ATL (Transfers, Kleidung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 gesellschaftliche Kontakte	<i>kommunizieren (verbal/nonverbal), Medien nutzen, Kontakte pflegen, am Gemeinschaftsleben teilnehmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Mobilität (draussen)	<i>führen, Rollstuhl schieben/lenken, ÖV benutzen, Verhalten im Strassenverkehr, den Weg finden, Umgang mit Ängsten etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Reisen/Ferien	<i>erhöhter Bedarf im Bereich ATL ausser Haus (nicht angepasste Wohnung) sowie bei Haushalt und Mobilität im Urlaub</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kategorie Bildung und Arbeit: 4 Kinderbetreuung

### 4 Kinderbetreuung

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. Kommunikation und Transport bei elterlichen Aufgaben

Selbständigkeit	Stufe 0 voll	Stufe 1 gross	Stufe 2 teilweise	Stufe 3 gering	Stufe 4 keine
Hilfebedarf <input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)

Tätigkeit	Beschrieb
4.1 Kleinkinderpflege (bis 4 J.)	<i>verpflegen, wickeln, waschen, baden, kleiden, spielen, beruhigen, draussen begleiten etc.</i>
4.2 Erziehungsaufgaben (ab 4 J.)	<i>Hausaufgaben, Unternehmungen mit älteren Kindern, Elternabend/-gespräche etc.</i>
<b>Zusatzangaben</b>	Haben Sie Kinder, die nicht mit Ihnen im selben Haushalt wohnen, die Sie aber regelmässig betreuen? Wie oft werden diese jeweils durch Sie betreut?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Geburtsdaten der Kinder (Tag, Monat, Jahr)			
	_____	_____	_____	_____
Tage/Woche	_____	_____	_____	_____

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden

## Kategorie Bildung und Arbeit: 5 gemeinnütziges Engagement

### 5 gemeinnütziges Engagement

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. Kommunikation und Transport während der Ausübung eines gemeinnützigen Engagements

		Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
		<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>bei mehreren Verrichtungen</b>	<b>bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)</b>	<b>umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)</b>
		<b>Selbständigkeit</b> <b>Hilfebedarf</b> <input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf				
<b>Tätigkeit</b>	<b>Beschrieb</b>					
5.1 Tätigkeiten manuelle/ intellektuelle	<i>Tätigkeit vorbereiten, Zeit einteilen, Arbeitsablauf organisieren, anleiten, Arbeitsklima pflegen, vorlesen, dolmetschen, Handreichungen etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 An-/Auskleiden	<i>Arbeitskleidung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Mobilität	<i>Arbeitswege ausserhalb der Arbeitsstätte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzangaben</b>	Engagieren Sie sich gemeinnützig/ werden Sie mit dem Assistenzbudget ehrenamtlich tätig sein?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>				
	Wie viel arbeiten Sie ehrenamtlich/ werden Sie mit dem Assistenzbudget ehrenamtlich tätig sein?	Name, Adresse des Trägers (Verein etc.) _____				
		Stunden/Woche _____		Pensum (%) _____		

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden



## Kategorie Bildung und Arbeit: 6 Aus- und Weiterbildung

### 6 Aus-/Weiterbildung

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. Kommunikation und Transport während einer Aus-/Weiterbildung

		Selbständigkeit		Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
		Hilfebedarf		kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)
		□ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf		voll	gross	teilweise	gering	keine
Tätigkeit	Beschrieb							
6.1 Tätigkeiten manuelle/ intellektuelle	Tätigkeit vorbereiten, Zeit einteilen, Arbeitsablauf organisieren, anleiten, Ausbildungsklima pflegen, vorlesen, dolmetschen, Handreichungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 An-/Auskleiden	Arbeitskleidung, Kleidung bei Schul- sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Mobilität	Schulweg, Schulsport, Ausflüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzangaben</b>	Besuchen Sie eine Bildungsstätte für Behinderte?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Wochentage	Name, Adresse der Institution				
	Besuchen Sie eine integrative Bildungs- stätte/werden Sie mit dem Assistenz- budget besuchen?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Name, Adresse der Schule/des Ausbildners					
	Wie umfangreich ist die Aus- oder Weit- erbildung/wird sie sein?	Stunden/Woche	Pensum (%)		bei Lehre, Praktikum etc.			

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden

## Kategorie Bildung und Arbeit: 7 Arbeit

### 7 Berufstätigkeit (allgem. Arbeitsmarkt)

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe inkl. Kommunikation und Transport bei der Arbeit/Beschäftigung

		Selbständigkeit		Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
				voll	gross	teilweise	gering	keine
		Hilfebedarf		kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)
		<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf						
Tätigkeit	Beschrieb							
7.1 Tätigkeiten manuelle/ intellektuelle	Tätigkeit vorbereiten, Zeit einteilen, Arbeitsablauf organisieren, anleiten, Arbeitsklima pflegen, vorlesen, dolmetschen, Handreichungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 An-/Auskleiden	Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Mobilität	Arbeitswege ausserhalb der Arbeitsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzangaben	Besuchen Sie eine Tages- oder Werkstätte für Behinderte?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Wochentage	Name, Adresse der Institution				
	Sind Sie im allgemeinen Arbeitsmarkt tätig/werden Sie mit dem Assistenzbudget arbeiten?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Name, Adresse des Arbeitgebers					
	Wie viel arbeiten Sie/werden Sie mit dem Assistenzbudget erwerbstätig sein?	Stunden/Woche _____	Pensum (%) _____					

\* Beilage(n) gemäss Deckblatt mitsenden

## 8 persönliche Überwachung

während max. 16 Std. abzüglich anderswo anerkanntem Bedarf, in welcher die helfende Person keiner anderen Beschäftigung nachgehen kann

		<b>Selbständigkeit</b>	<b>Stufe 0</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe 4</b>
			<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
		<b>Hilfebedarf</b>	<b>kein</b>	<b>punktuell</b>	<b>stündlich</b>	<b>jede Viertelstunde</b>	<b>intensive Überwachung den ganzen Tag</b>
		□ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf					
<b>Tätigkeit</b>	<b>Beschrieb</b>						
8.1 Selbstgefährdung	Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten (Autoaggressionen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Fremdgefährdung	Vermeidung von Tötlichkeiten gegenüber anderen Personen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Präsenz tags	nachschauen, ob alles in Ordnung ist (inkl. medizinische Geräte)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Kategorie Nachtdienst: 9 Nachtdienst

## 9 Nachtdienst

Bedarf an direkter (Ausführen/Unterstützen) und indirekter (Anleiten/ Kontrollieren/Überwachen) persönlicher Hilfe in der Nacht (8 Std.)

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
<i>Selbständigkeit</i>	voll	gross	teilweise	gering	keine
<b>Hilfebedarf</b> □ bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell in wenigen Nächten	min. 4 Nächte pro Woche	min. 1-mal jede Nacht	min. 2 Std. jede Nacht

Tätigkeit	Beschrieb
9.1 somatische Pflege	umlagern, Sekret absaugen etc.
9.2 Präsenz nachts	wieder ins Bett bringen, beruhigen etc.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>