

Selbstdeklaration kantonales Assistenzbudget (ABBE, ABTG, ABAR)

(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 zusätzlich 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

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					
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"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	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"/>			
Zusatzangaben	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/Abliegen/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, Abliegen zum Windeln wechseln etc.)

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Selbständigkeit	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	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
1.2.1 Positionswechsel	Aufstehen (z.B. um Fenster zu öffnen, Gegenstand zu holen), Absitzen, Abliegen (Stuhl, Sofa, Rollstuhl, Bett, Liegestuhl etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.2 Mobilität (drinnen)	Fortbewegung zu Hause (Führen, Rollstuhl schieben, Türen öffnen, Lift betätigen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	aufwändiges Lagern, z.B. bei starken Spasmen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
	2 HelferInnen notwendig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
	zeitaufwändiger Hilfsmiteinsatz (Hebelift)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Koordination mit med. Pflege	in Alltag eingebundene Bewegungsübungen, (mobilisieren, massieren, durchdehnen)	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

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

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"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	2 HelferInnen notwendig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
	zeitaufwändiger Hilfsmiteleininsatz	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

		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						
1.5.1 Transfer	auf das / vom WC bzw. Abliegen (zur Verrichtung im Liegen, zum Wickeln)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.2 Verrichten der Notdurft	inkl. Halten/Stützen sowie Überwachen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.3 Säubern	inkl. Hygieneverhalten (nach Toiletengang Hände waschen, WC sauber hinterlassen etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.4 Aus- und Anziehen	inkl. Korrektheit der Kleider überprüfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	aufgrund starker Spasmen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
	2 HelferInnen notwendig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
	zeitaufwändiger Hilfsmiteinsatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Koordination mit med. Pflege	unübliche Art und Weise der Notdurft (z.B. Einlagen, Windeln, Katheter, Stoma etc.)	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"/> _____
1.6.2 Hilfe bei Einnehmen/Verabreichen der Medikamenten		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
1.6.3 Augen-/Ohrenpflege	<i>Tropfen, Salben, Desinfizieren etc.</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
1.6.4 subkutane Injektion		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
1.6.5 Blutzuckerkontrolle, Blutdruck und Puls		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
1.6.6 Tracheostomapflege	<i>Absaugen, Kanülenwechsel</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
1.6.7 Dekubitusprophylaxe	<i>Prüfung der Haut, eincremen an gefährdeten Stellen)</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____

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	
Zusatzangaben	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

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

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

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

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	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							
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"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Küche in Ordnung halten	inkl. Geschirr abwaschen, Kühlschrank/Herd/Küchengeräte etc. reinigen	<input type="checkbox"/>	<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.

		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							
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	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	
		<i>Selbständigkeit</i>	<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
		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					
		<input type="checkbox"/> Bemerkungen nach Bedarf					
Tätigkeit	<i>Beschrieb</i>						
2.4.1 Ernährungs- Menu-/Einkaufsplanung	<i>Menus planen/zusammenstellen, Rezepte studieren, Vorräte prüfen, Einkaufsliste erstellen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4.2 Einkaufen, Einräumen/Versorgen	<i>Weg bewältigen, aus Regalen nehmen, Kommunikation mit Verkaufspersonal, Umgang mit Geld, Waren transportieren und zu Hause einräumen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4.3 andere Besorgungen	<i>Post, Amt, persönliche Besorgungen etc.</i>	<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

		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)
		□ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf				
Tätigkeit	Beschrieb					
2.5.1 Wäsche sortieren/waschen und aufhängen/trocknen	inkl. Bedienung Waschmaschine und Trockner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.2 Wäsche zusammenlegen bügeln/versorgen	inkl. Nähen/Flicken, Schuhpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzaufwand (zeitlich deutlich erhöhter Hilfebedarf)	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

		Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
<i>Selbständigkeit</i>		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
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	<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

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Selbständigkeit	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 <input type="checkbox"/> Bemerkungen nach Bedarf					

Tätigkeit	Beschrieb
4.1 Kleinkinderpflege (bis 4 J.)	verpflegen, wickeln, waschen, baden, kleiden, spielen, beruhigen, draussen begleiten etc.
4.2 Erziehungsaufgaben (ab 4 J.)	Hausaufgaben, Unternehmungen mit älteren Kindern, Elternabend/-gespräche etc.
Zusatzangaben	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>Selbständigkeit</i>	voll	gross	teilweise	gering	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
5.1 Tätigkeiten manuelle/ intellektuelle	Tätigkeit vorbereiten, Zeit einteilen, Arbeitsablauf organisieren, anleiten, Arbeitsklima pflegen, vorlesen, dolmetschen, Handreichungen etc.
5.2 An-/Auskleiden	Arbeitskleidung
5.3 Mobilität	Arbeitswege ausserhalb der Arbeitsstätte
Zusatzangaben	Engagieren Sie sich gemeinnützig/ werden Sie mit dem Assistenzbudget ehrenamtlich tätig sein?
	Wie viel arbeiten Sie ehrenamtlich/ werden Sie mit dem Assistenzbudget ehrenamtlich tätig sein?

<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"/>	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

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Selbständigkeit	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
6.1 Tätigkeiten manuelle/ intellektuelle	Tätigkeit vorbereiten, Zeit einteilen, Arbeitsablauf organisieren, anleiten, Ausbildungsklima pflegen, vorlesen, dolmetschen, Handreichungen etc.
6.2 An-/Auskleiden	Arbeitskleidung, Kleidung bei Schulsport
6.3 Mobilität	Schulweg, Schulsport, Ausflüge
Zusatzangaben	Besuchen Sie eine Bildungsstätte für Behinderte?
	Besuchen Sie eine integrative Bildungsstätte/werden Sie mit dem Assistenzbudget besuchen?
	Wie umfangreich ist die Aus- oder Weiterbildung/wird sie sein?

<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"/>	Wochentage	Name, Adresse der Institution		
ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Name, Adresse der Schule/des Ausbildners			
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

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Selbständigkeit	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.
7.2 An-/Auskleiden	Arbeitskleidung
7.3 Mobilität	Arbeitswege ausserhalb der Arbeitsstätte
Zusatzangaben	Besuchen Sie eine Tages- oder Werkstätte für Behinderte?
	Sind Sie im allgemeinen Arbeitsmarkt tätig/werden Sie mit dem Assistenzbudget arbeiten?
	Wie viel arbeiten Sie/werden Sie mit dem Assistenzbudget erwerbstätig sein?

<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"/>	Wochentage	Name, Adresse der Institution		
ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>	Name, Adresse des Arbeitgebers			
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

		Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	
		<i>Selbständigkeit</i>	<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
		Hilfebedarf	kein	punktuell	stündlich	jede Viertelstunde 1:4 Überwachung	intensive Über- wachung den ganzen Tag
		<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf					
Tätigkeit	<i>Beschrieb</i>						
8.1 Selbstgefährdung	<i>Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten (Autoaggressionen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Fremdgefährdung	<i>Vermeidung von Tätlichkeiten gegen- über anderen Personen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Präsenz tags	<i>nachschauen, ob alles in Ordnung ist (inkl. medizinische Geräte)</i>	<input type="checkbox"/>	<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>		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
Hilfebedarf		kein	punktuell in	min. 4 Nächte pro	min. 1-mal jede Nacht	min. 2 Std. jede
<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf			wenigen Nächten	Woche		Nacht
Tätigkeit	<i>Beschrieb</i>					
9.1 somatische Pflege	<i>umlagern, Sekret absaugen etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Präsenz nachts	<i>wieder ins Bett bringen, beruhigen etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>