

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 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.

Bitte legen Sie zumindest ein **Foto** oder sogar einen kleinen Film mit Alltagssituationen 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

DANKE!

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

Für Fragen wenden Sie sich bitte an:

Assistenzbüro ABü
Neueintritte / Abklärungen
Tel. 032 325 44 65

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 □ 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.)

		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						
1.2.1 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 Hilfsmiteleinsetz (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 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						
1.3.1 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"/>
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"/>
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 Sodomats 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 Hilfsmiteileinsatz		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 Toiletten- gang 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

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

		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							
2.1.1 Planung/Organisation des Helfernetzes/der Assistenz	Helfende suchen/anweisen, Lohnwesen Persönliche Assistenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2 andere Verwaltungsarbeiten	Post, Einzahlungen, Schreiben etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzangaben	Haben Sie einen Beistand für administrative Aufgaben?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	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: _____					
	Wohnen Sie mit minderjährigen Kindern im selben Haushalt, für welche Sie unterhaltspflichtig sind?	ja <input type="checkbox"/> * nein <input type="checkbox"/>		Geburtsdaten der eigenen volljährigen Kinder (Tag, Monat, Jahr) _____			
				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 □ 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	<i>Beschrieb</i>					
2.4.1 Ernährungs- Menu-/Einkaufs- planung	<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 neh- men, Kommunikation mit Verkaufs- personal, 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 regel- mässig Leistungen, die Ihre Kran- kenkasse (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
			<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
			kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)
		Hilfebedarf □ bitte jeweils ankreuzen __ Bemerkungen nach Bedarf					
Tätigkeit	Beschrieb						
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"/>
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
		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
		kein	punktuell	bei mehreren Verrichtungen	bei den meisten Verrichtungen (wenig Eigenleistung)	umfassend und ständig bei allem (ohne Eigenleistung)
		Selbständigkeit Hilfebedarf <input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf				
Tätigkeit	Beschrieb					
4.1 Kleinkinderpflege (bis 4 J.)	<i>verpflegen, wickeln, waschen, baden, kleiden, spielen, beruhigen, draussen begleiten etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Erziehungsaufgaben (ab 4 J.)	<i>Hausaufgaben, Unternehmungen mit älteren Kindern, Elternabend/-gespräche etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	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>		<i>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>
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	<i>Beschrieb</i>					
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"/>
Zusatzangaben	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
				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							
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"/>
Zusatzangaben	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)
		□ 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

		Selbständigkeit	Stufe 0 <i>voll</i>	Stufe 1 <i>gross</i>	Stufe 2 <i>teilweise</i>	Stufe 3 <i>gering</i>	Stufe 4 <i>keine</i>
		Hilfebedarf □ bitte jeweils ankreuzen ___ Bemerkungen nach Bedarf	kein	punktuell	stündlich	jede Viertelstunde 1:4 Überwachung	intensive Über- wachung den ganzen Tag
Tätigkeit	Beschrieb						
8.1 Selbstgefährdung	Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten (Autoaggressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Fremdgefährdung	Vermeidung von Tötlichkeiten gegen-über anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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>voll</i>	<i>gross</i>	<i>teilweise</i>	<i>gering</i>	<i>keine</i>	
		Selbständigkeit					
		Hilfebedarf	kein	punktuell in wenigen Nächten	min. 4 Nächte pro Woche	min. 1-mal jede Nacht	min. 2 Std. jede Nacht
		<input type="checkbox"/> bitte jeweils ankreuzen					
		<input type="checkbox"/> Bemerkungen nach Bedarf					
Tätigkeit	Beschrieb						
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"/>	