



Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1. Personenbezogene Daten

AZ:

Name, Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Familienstand <i>(Bitte auswählen)</i>	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus <i>(Bitte Nachweis beifügen.)</i>	
Aktuelle Anschrift <i>(z.B. Wohnung, Einrichtung, besondere Wohnform, ggfls. Einrichtungsnummer nach QUOTAS)</i>			
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort <i>(z.B. Wohnung)</i>			
Telefonnummer	Fax	Mobilnummer	E-Mail

Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> im Familienverband	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.1 Elterliche Sorge / Vormundschaft / Pflegschaft

Inhaber der elterlichen Sorge / Personensorge

- Kindesmutter
- Kindsvater
- beide Elternteile
- Vormundschaft / Pflegschaft

ggf. Art der Sorgerechtsübertragung

Beschluss vom

- Vormundschaft

Behörde / Gericht

- Vermögenspflegschaft

Anschrift

- Art der Pflegschaft:

- Sorgerechtsvollmacht

AZ:

Name und Anschrift des Inhabers*der Inhaberin bzw. Namen und Anschriften der Inhaber der elterlichen Sorge / Personensorge

Telefonnummer

Fax

Mobilnummer

E-Mail

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.2 Eltern			
Elternteil 1	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	Elternteil 2	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am
Name, Vorname		Name, Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Telefon, Fax		Telefon, Fax	
E-Mail		E-Mail	
Die Eltern sind <i>(Bitte auswählen)</i>			

1.3 Geschwister			<input type="checkbox"/> keine Geschwister
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	

1.4 Kinder			<input type="checkbox"/> keine Kinder
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.5 Vorschulische / Schulische Situation <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss			
	von	bis	Name, Anschrift, Telefon, Mail
Krippe			
Kindergarten			
Hort			
Schule			
Ausbildung			
Sonstiges			

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

1.6 Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)	
<input type="checkbox"/> Kindergeld	<u>Vermögen</u>
<input type="checkbox"/> Unterhalt	(z.B. Lebensversicherungen, etc.)
<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> BAföG / BAB	
<input type="checkbox"/> Krankengeld	
<input type="checkbox"/> existenzsichernde Leistungen	
<input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall- / Waisen- / Sonstige)	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III)	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II)	
<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen (SGB IX, WVO)	<u>Schulden</u>
<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

2. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

- Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.
- Ein Erstantrag wurde gestellt am . Der Antrag wurde abgelehnt.
- Ein Neufeststellungsantrag wurde gestellt am . Der Antrag wurde abgelehnt.
- Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom durch GdB
- Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis / unbefristet. GdB
- Es liegt eine Gleichstellung vor, Bescheid vom durch

Merkzeichen

- G (Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) VB (Versorgungsberechtigt)
- aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- H (Hilflosigkeit)
- B (Begleitperson)
- GI (Gehörlosigkeit)
- RF (Rundfunk / Fernsehen)
- BI (Blindheit)
- TBI (Taubblindheit)

3. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

- Ein Antrag wurde bisher nicht gestellt.
- Es liegt keine Einstufung vor.
- Ein Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am
- Der Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am
- Es wurde eingestuft in Pflegegrad
 1 2 3 4 5
Beginn der Anerkennung

Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

4. Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631 b BGB

- ja, durch Beschluss vom
befristet bis
Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen

(Bitte Nachweis beifügen.)

5. Krankenversicherung

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer

- freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert
 privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

6. Selbsthilfe und andere Leistungen

Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung / Förderung schulischer Bereich	
<input type="checkbox"/>	Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)	
<input type="checkbox"/>	Psychologische Unterstützung	

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

6. Selbsthilfe und andere Leistungen		
Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung	
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) (z.B. Krankengymnastik)	
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Berufliche und / oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)	

Basisdaten – Kinder und Jugendliche

F2 Bogen A

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

6. Selbsthilfe und andere Leistungen		
Inanspruchnahme		Namen und Anschriften, Leistungsumfang und -dauer
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF / KOV (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen	

Ort, Datum, Name(n) und Funktion(en) der bearbeitenden Person(en)