



Antrag auf Bewilligung einer außerordentlichen Maßnahme zur intensiven Unterstützung außerhalb des Krankenhauses, um den Verbleib zu Hause sicherzustellen



Das vorliegende interaktive Formular erfordert mindestens die Version 8.1.3 des Adobe Acrobat® Reader®. Die aktuelle Version des Adobe Acrobat Reader für alle Betriebssysteme (Windows®, Mac usw.) kann kostenlos auf der Internetseite von [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/Products/Adobe-Acrobat-Reader.html) heruntergeladen werden.

A. ADMINISTRATIVER TEIL

Die mit einem * markierten Felder sind Pflichtfelder.

Angaben zum Antragsteller

Name* :

Vorname* :

Sozialversicherungsnummer (*matricule*)* :

Straße und Hausnummer* :

Postleitzahl und Ort* :

Telefon / Handy :

E-Mail :

Gewünschte Sprache für den Schriftverkehr : Französisch Deutsch

Wohnort (sofern von der legalen Adresse abweichend)

Straße und Hausnummer* :

Postleitzahl und Ort* :

Zahlung

Zugunsten des Antragstellers Bitte einen Bankidentitätsnachweis (RIB) beifügen

Kontoinhaber :

Bankinstitut :

Kontonummer (IBAN) :

Zugunsten des gesetzlichen Vertreters Bitte einen Bankidentitätsnachweis beifügen

Kontoinhaber :

Bankinstitut :

Kontonummer (IBAN) :

Handlungsunfähiger oder unter Vormundschaft gestellter Antragsteller

(Angaben zum Vormund oder Betreuer)

Erwachsenenvormundschaft (tutelle)

Erwachsenenpflegschaft (curatelle)

Gerichtliche Schutzbetreuung (sauvegarde de justice)



Bitte eine Vollmacht oder ein Urteil beifügen

Name des Vormunds / Betreuers* :

Vorname* :

Sozialversicherungsnummer (*matricule*)* :

Straße und Hausnummer* :

Postleitzahl und Ort* :

Telefon / Handy :

E-Mail :

Angaben zur Vertrauensperson

(Person, die Auskünfte über den Antrag liefern kann, wenn der Antragsteller selbst nicht in der Lage dazu ist)

Name* :

Vorname* :

Sozialversicherungsnummer (*matricule*)* :

Straße und Hausnummer* :

Postleitzahl und Ort* :

Telefon / Handy :

E-Mail :

Verhältnis zum Antragsteller* :

B. MEDIZINISCHER TEIL

Die mit einem * markierten Felder sind Pflichtfelder.

Dieser Teil ist vom Antragsteller (oder von der Vertrauensperson) auszufüllen.

Es ist ein Bericht des behandelnden Arztes beizufügen.

Diagnose und Behandlungen

Hauptkrankheit* :

Damit verbundene
gesundheitliche Probleme* :



Langzeitmedikation* :

C. ORGANISATION IHRER BETREUUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD

Bitte beschreiben Sie anhand der unten stehenden Tabelle ausführlich, wie Ihre Betreuung organisiert wird, um den Verbleib zu Hause sicherzustellen.

Sollten Sie zusätzliche Anmerkungen zu Ihrer Betreuung haben, tragen Sie diese bitte in das hierfür vorgesehene Feld am Ende des Formulars ein.

Von den Sozialhilfe- und Sozialversicherungssystemen abgedeckter Bedarf

1) Krankenversicherung

Medikamente : Ja Nein

Wenn **nicht abgedeckt**, welche?

Medizinprodukte : Ja Nein

Wenn **ja**, welche?

2) Finanzielle Zulagen und Beihilfen

(Ministerium für Familie und Integration)

Einkommen für schwerbehinderte Personen (RPGH) Ja Nein
Nationaler Solidaritätsfonds

Sonderzulage für schwerbehinderte Personen (ALHAND) Ja Nein
Nationaler Solidaritätsfonds

Sonderzulage für behinderte Kinder (ASS) Ja Nein
Zukunftskeess

Individuelle Zulage bei Betreuung in einer Tageseinrichtung Ja Nein

Beihilfe für Kosten im Zusammenhang mit häuslicher Nachtwache Ja Nein

3) Pflegeversicherung

(Ministerium für soziale Sicherheit)

Empfänger der Pflegeversicherung Ja Nein



Hilfe- und Pflegeleistungen

(Bereiche Körperpflege, Toilettengang, Ernährung, An-/Auskleiden und Mobilität)

Ja Nein

Aktivitäten

(Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit, zum Verbleib zu Hause wie z. B. individuelle Aufsicht oder Aufsicht in der Gruppe, Nachtwache usw.)

Ja Nein

Wenn ja, bitte erläutern:

Technische Hilfsmittel

(z.B. Rollstuhl, Kommunikationshilfe usw.)

Ja Nein

Wenn ja, bitte erläutern:

Wohnraumanpassung

(z.B. Badezimmer)

Ja Nein

Wenn ja, bitte erläutern:

Sonstige Betreuung

Wenn ja, bitte erläutern:

Ja Nein



An Ihrer Betreuung im häuslichen Umfeld beteiligte Personen

(beschreiben Sie die Art sowie die Dauer und Häufigkeit ihrer Interventionen)

1) Nicht professionelle Pflegeperson

(ohne vertragliche Bindung / ohne Arbeitsvertrag)

Ist eine Pflegeperson an der Betreuung beteiligt ? (Familie, Umfeld)

Ja Nein

Wenn **ja**, wer ?

Bitte erläutern

ART DER INTERVENTIONEN

Hygiene

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Toilettengang

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Ernährung

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

An-/Auskleiden

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Mobilität

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Krankenpflege

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Arbeiten im
Haushalt**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.



Zubereitung von Mahlzeiten

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Einkäufe/ Besorgungen

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Begleitung zum Arzt

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Beaufsichtigung tagsüber

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Beaufsichtigung während der Nacht

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Sonstige

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

2) Professionelle Pflegeperson

(privat eingestellte Person / mit Arbeitsvertrag)

Haben Sie privat Personal eingestellt ?

Ja Nein

Wenn **ja**, wen?

Bitte geben Sie an, ob es sich um einen Gesundheitsdienstleister handelt und den Qualifikationsgrad.

Wenn ja, geben Sie bitte die Zahl der im Arbeitsvertrag vereinbarten Arbeitsstunden an.

ART DER INTERVENTIONEN

Hygiene

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Toilettengang

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.



Ernährung

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

An-/Auskleiden

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Mobilität

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Krankenpflege

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Arbeiten im
Haushalt**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Zubereitung von
Mahlzeiten**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Einkäufe/
Besorgungen**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Begleitung zum
Arzt**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Beaufsichtigung
tagsüber**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Beaufsichtigung
während der
Nacht**

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Sonstige

Ja Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.



3) Pflegedienst

Ist ein Pflegedienst an Ihrer Betreuung im häuslichen Umfeld beteiligt ? Ja Nein

Wenn **ja**, welcher ?
Bitte erläutern

ART DER INTERVENTIONEN

Hygiene Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Toilettengang Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Ernährung Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

An-/Auskleiden Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Mobilität Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Krankenpflege Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Arbeiten im Haushalt Ja Nein Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.



**Einkäufe/
Besorgungen**

Ja

Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Aufsicht zu Hause

Ja

Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Nachtwache

Ja

Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

**Aufsicht in der
Gruppe in einer
Tageseinrichtung**

Ja

Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Sonstige

Ja

Nein

Wenn **ja**, geben Sie bitte die Häufigkeit an.

4) Sonstige Gesundheitsdienstleister

**Sind sonstige Gesundheitsdienstleister (Physiotherapeut, Krankenpfleger usw.)
an Ihrer Betreuung im häuslichen Umfeld beteiligt ?**

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche ?
Bitte erläutern

**Bitte geben Sie die Art sowie
die Dauer und Häufigkeit
ihrer Interventionen an**

5) Vereinigungen

**Greifen Sie auf die Dienste/Interventionen bestimmter Vereinigungen zurück, um
Ihre Betreuung im häuslichen Umfeld zu organisieren ?**

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche ?
Bitte erläutern



Bitte geben Sie die Art sowie die Dauer und Häufigkeit ihrer Interventionen an

6) Sonstige Personen/Dienste, die Hilfeleistungen anbieten

Greifen Sie auf sonstige Personen/Dienste zurück, um Ihre Betreuung im häuslichen Umfeld zu organisieren ?

Ja Nein

Wenn **ja**, welche?
Bitte erläutern

Bitte geben Sie die Art sowie die Dauer und Häufigkeit ihrer Interventionen an



Nicht von den Sozialhilfe- und Sozialversicherungssystemen abgedeckter Bedarf

Nur die Mehrkosten, die durch Ihren Verbleib zu Hause entstehen, werden auf jährlicher Basis übernommen

Entstehen durch Ihren Verbleib zu Hause Kosten, die nicht von den Sozialhilfe- und Sozialversicherungssystemen abgedeckt oder übernommen werden, **beschreiben Sie bitte die Art des nicht abgedeckten Bedarfs und geben Sie die Beträge der entsprechenden Kosten an.**

Es ist notwendig, **jeglichen Nachweis für die Kosten in direktem Zusammenhang mit Ihrem Verbleib zu Hause** (Rechnungen, Arbeitsverträge und Lohnzettel der privat eingestellten Personen, ausführliche Kostenaufstellung usw.) sowie jeglichen Nachweis für Ihre **Einkünfte** (Lohn-/Rentenzettel, Spenden, bezogene Mieten usw.) beizufügen.

Bitte fügen Sie ebenfalls eine ausführliche Abrechnung all Ihrer Einnahmen und Ausgaben bei.



Zusätzliche Anmerkungen im Zusammenhang mit Ihrer Betreuung im häuslichen Umfeld

Ich erkläre an Eides statt, dass die vorliegende Erklärung richtig und vollständig ist

Erstellt in :

Datum :

Unterschrift des
Antragstellers / gesetzlichen
Vertreterers :