

Auskunft erteilt:  
Telefon  
Fax  
Zimmer  
e-mail

Frau Schönfelder  
(06152) 989 639  
(06152) 989 280  
C 29  
[d.schoenfelder@kreisgg.de](mailto:d.schoenfelder@kreisgg.de)  
oder [d.schoenfelder@online.de](mailto:d.schoenfelder@online.de)



Projektbüro  
„Trägerübergreifendes Persönliches Budget“  
Daniela Schönfelder  
Kreisverwaltung Groß-Gerau  
Wilhelm-Seip-Str.4

64521 Groß-Gerau

**Hiermit beantrage ich ein „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“**

<b>Name:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefon:</b> <b>Email:</b>	

**Ich beziehe folgende Leistungen:**

<b>Leistungsträger</b>	<b>Geschäftszeichen</b>	<b>Art der Leistung</b>

Ort, Datum, Unterschrift der Antrag stellenden Person/des gesetzlichen Vertreters

**Anlagen:**  
Einverständniserklärung  
Selbsteinschätzung

Auskunft erteilt:  
Telefon  
Fax  
Zimmer  
e-mail

Frau Schönfelder  
(06152) 989 639  
(06152) 989 280  
C 29  
[d.schoenfelder@kreisgg.de](mailto:d.schoenfelder@kreisgg.de)  
oder [d.schoenfelder@online.de](mailto:d.schoenfelder@online.de)



---

### **Einverständniserklärung / Widerspruchsrecht:**

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die zur Bearbeitung meines Antrages auf Vergabe eines Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX erforderlich sind auch an die beteiligten Leistungsträger und das Projektbüro übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für weitere gesetzliche soziale Aufgaben z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1, Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X).

Ich nehme weiterhin zur Kenntnis, dass ich der Übermittlung meiner Daten widersprechen kann. Ein Widerspruch kann jedoch zur Versagung der beantragten Leistung führen, wenn hierauf schriftlich hingewiesen wurde und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

---

Ort, Datum, Unterschrift der Antrag stellenden Person/des gesetzlichen Vertreters

Auskunft erteilt:  
Telefon  
Fax  
Zimmer  
e-mail

Frau Schönfelder  
(06152) 989 639  
(06152) 989 280  
C 29  
[d.schoenfelder@kreisgg.de](mailto:d.schoenfelder@kreisgg.de)  
oder [d.schoenfelder@online.de](mailto:d.schoenfelder@online.de)



---

Anlage zum Antrag vom:

Name:

Zur Ermittlung des Hilfebedarfes sind weitere Angaben erforderlich. Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte entscheiden Sie ob Ihr Hilfebedarf aufgrund einer

**Selbsteinschätzung**

oder

**anhand vorliegender aktueller Hilfepläne**

ermittelt werden soll.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

**Bitte um Überprüfung meines Hilfeplanes**

Ich habe einen **Bescheid des Versorgungsamtes.**

Bescheid vom:  
Aktenzeichen:  
Behinderung:

Grad der Behinderung:

---

Ort, Datum, Unterschrift der Antrag stellenden Person/des gesetzlichen Vertreters

Auskunft erteilt:  
Telefon  
Fax  
Zimmer  
e-mail

Frau Schönfelder  
(06152) 989 639  
(06152) 989 280  
C 29  
[d.schoenfelder@kreisgg.de](mailto:d.schoenfelder@kreisgg.de)  
oder [d.schoenfelder@online.de](mailto:d.schoenfelder@online.de)



---

## Selbsteinschätzung

**Was möchte ich mit dem persönlichen Budget erreichen?**

**Ich brauche Unterstützung in diesen Lebensbereichen:**

**Dafür benötige ich folgende Unterstützung / Hilfen:**