

# Antragsformular: Antrag auf Beihilfe + Feststellung der Behinderung

## Nützliche Informationen vor der Antragstellung

**!** **Achtung:** Diese Papierversion dient als Hilfe für Fachkräfte. Bitte beachten Sie, dass die GD Personen mit Behinderung NUR Anträge akzeptiert, die ONLINE über die MyHandicap-Website eingereicht werden.

## WIE läuft die Antragstellung für eine Beihilfe ab?

Unsere Beihilfe ist, in gleicher Weise wie das Integrationseinkommen, Teil der Sozialhilfe. Eine Beihilfe wird Personen gewährt, die einen großen Bedarf haben. Deshalb berücksichtigen wir nicht nur Ihre Schwierigkeiten im täglichen Leben, sondern auch Ihr Einkommen.

### **Wenn Sie eine Beihilfe beantragen, prüfen wir automatisch Ihren Anspruch auf:**

- die Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens, mit der wir Ihre verminderte Arbeitsfähigkeit ausgleichen, wenn Sie kein oder nur ein geringes Einkommen haben.
- die Eingliederungshilfe, bei der wir die Schwierigkeiten, die Sie im täglichen Leben haben, ausgleichen (dabei wird Ihr Einkommen berücksichtigt).

**!** **Die Tatsache, dass Sie eine Behinderung haben, bedeutet nicht, dass Sie Anspruch auf eine Beihilfe haben, da wir Ihr Einkommen berücksichtigen.**

## WER kann die Beihilfe beantragen?

### **Um Anspruch auf eine Beihilfe zu haben, müssen Sie 4 Bedingungen erfüllen:**

1. Ich bin zwischen 18 und 65 Jahre alt
2. Ich bin Belgier oder ein Ausländer mit einer Aufenthaltsgenehmigung für mehr als 3 Monate in Belgien
3. Ich habe meinen ständigen Wohnsitz in Belgien und lebe tatsächlich in Belgien
4. Ich habe Schwierigkeiten oder benötige Unterstützung bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten wie z. B:
  - Mich fortbewegen
  - Einkaufen, Kochen und Essen
  - Körperpflege
  - Meinen Haushalt führen und meine Wohnung reinigen
  - Selbständig leben, Gefahren einschätzen und vermeiden
  - Kommunizieren sowie soziale Kontakte
  - Arbeit

## WAS beinhaltet die Antragstellung für eine Beihilfe?

### 1. Personenbezogene Daten.

- a. Wir müssen Ihre persönlichen Daten, Ihre Familiensituation und Ihr Einkommen wissen.

### 2. Ausbildung und Arbeit.

- a. Wir möchten herausfinden, welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten Sie bei der Arbeit oder beim Studium haben.

### 3. Alltägliche Situationen

- a. Wir wollen herausfinden, welche Aktivitäten des täglichen Lebens Sie noch ausführen können und mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben oder welche Unterstützung/Hilfsmittel Sie in diesem Zusammenhang benötigen.
- b. Konkret wollen wir dies in 6 Bereichen untersuchen:
  - i. Mobilität
  - ii. Einkaufen, Kochen und Essen
  - iii. Körperpflege
  - iv. Haushalt führen und Wohnung reinigen
  - v. Selbständiges Leben, Gefahren einschätzen und vermeiden
  - vi. Kommunizieren sowie soziale Kontakte

## GDPR

Sie möchten eine Beihilfe beantragen. Die **Fragen** bei der Antragstellung können **konfrontierend** sein, aber es ist wichtig, dass Ihre Antworten so realitätsnah wie möglich sind. Bitte beantworten Sie die Fragen im Rahmen Ihrer Möglichkeiten in Ihren eigenen Worten.

Das Ausfüllen des Antrags dauert etwa **40 Minuten**.

Die **Informationen**, die Sie uns weiterleiten, sind **vertraulich**. Das bedeutet, dass wir sie nicht für andere Zwecke verwenden werden.

Mir ist bewusst, dass der FÖD Soziale Sicherheit, im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages, direkt mit den Einrichtungen, Ärzten oder Personen, die von meinem Antrag betroffen sind, Kontakt aufnehmen kann, falls zusätzliche Informationen erforderlich sind. Dabei kann es sich um administrative oder medizinische Informationen handeln. (Artikel 18 vom Gesetz vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen.)

Ich bestätige von der Datenschutzrichtlinie der Generaldirektion Personen mit Behinderung Kenntnis genommen zu haben.

<https://handicap.belgium.be/de/privatleben.htm>

# Antragsformular

## Teil 1: Persönliche Daten

### 1. Persönliche Daten

*Sind Sie in einer Einrichtung tätig?*

**!** Unter 'Aufenthalt in einer Einrichtung' verstehen wir, dass Sie mindestens 4 Tage und 4 Nächte pro Woche in einer Einrichtung verbringen.

Nein

Ja

### **Institutionsdaten**

Name und Adresse der Einrichtung:

.....  
.....  
.....  
.....

Kontaktperson der Einrichtung:

.....

*Wohnsitzadresse*

### **Ihre offizielle Wohnsitzadresse**

.....  
.....  
.....

*Weicht Ihre Aufenthaltsadresse von Ihrer offiziellen Wohnsitzadresse ab?*

Nein

Ja

Geben Sie die Aufenthaltsadresse an:

.....  
.....  
.....

*Haben Sie einen gesetzlichen Verwalter?*

**Information: Ein gesetzlicher Verwalter ist eine Person, die vom Gericht mit der Verwaltung Ihrer Finanzen beauftragt wird.**

Nein

Ja

Name des Vertreters:

.....

Adresse des Vertreters:

.....  
.....  
.....

Kontaktdaten:

Mobilnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Bevorzugte Sprache auswählen:

Niederländisch

Französisch

Deutsch

**Fügen Sie das Gerichtsurteil über die Bestellung des gesetzlichen Verwalter als Anlage bei.**

*Wie können wir Sie erreichen?*

**! Achtung: Wenn Sie eine Kontaktadresse hinzufügen, werden Ihre Briefe an diese Adresse gesendet.**

Ihre eigenen Angaben

Mobilnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Angaben der Kontaktperson, die über Ihre Situation informiert ist (Partner, Kinder, Sozialassistent)

Name:

.....

Mobilnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Adresse:

.....  
.....  
.....

Bevorzugte Sprache auswählen:

Niederländisch

Französisch

Deutsch

*Wer ist Ihr behandelnder Arzt?*

Treffen Sie sich in einem medizinischen Zentrum? Bitte nennen Sie uns die Adresse des medizinischen Zentrums sowie den Vor- und Nachnamen eines der dort tätigen Ärzte.

Name des Arztes:

.....

Adresse des Arztes:

.....  
.....  
.....

Kontaktdaten:

Telefonnummer: ..... Mobilnummer: .....

*Bitte nennen Sie uns Ihre belgische Bankkontonummer*

**!** Bitte beachten Sie: Das Bankkonto muss ein belgisches Sichtkonto sein, dessen Inhaber oder Mitinhaber der Antragsteller ist. Ein Sparkonto ist nicht zulässig, ein ausländisches Konto ist ebenfalls nicht erlaubt.

Kontonummer:

BE														
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Sind Sie das Opfer eines vom belgischen Staat anerkannten terroristischen Aktes?*

Nein

Ja

Geben sie Datum und Ort an:

Datum: .....

Ort: .....

## 2. Familiensituation

*Leben Sie mit einer anderen Person zusammen?*

Nein

Ja

Name und Vorname:

.....

Beziehung:

Partner

Ehemann/Ehefrau

Mitbewohner

Andere

Geburtsdatum:

.....

Leben Sie in einer Wohngemeinschaft? Wir benötigen Ihren Mietvertrag, damit das Einkommen Ihres Mitbewohners bei der Berechnung Ihrer Situation nicht berücksichtigt wird. Bitte laden Sie dieses Dokument hier hoch.

**Bitte fügen Sie den Mietvertrag für die Wohngemeinschaft als Anhang bei.**

*Haben Sie Kinder zu Lasten?*

Nein

Ja

Wenn ja, wieviel Kinder haben Sie? .....

- Alter Kind 1: .....
- Alter Kind 2: .....
- Alter Kind 3: .....
- Alter Kind 4: .....
- Alter Kind 5: .....
- Alter Kind 6: .....
- Alter Kind 7: .....
- Alter Kind 8: .....

Ich bekomme Familienbeihilfe (Kindergeld) oder erhöhte Familienbeihilfe (Zuschlag zum Kindergeld):

Nein

Ja

Ich erhalte Unterhaltsleistungen (Alimente) für meine Kinder:

Nein

Ja

Ich zahle Unterhaltsleistungen (Alimente) für meine Kinder:

Nein

Ja

### 3. Ihre Einkommen

*Wieviel beträgt Ihr derzeitiges Einkommen?*

Ich habe kein derzeitiges Einkommen

Ich habe ein derzeitiges Einkommen

Geben Sie unten Ihr derzeitiges Einkommen an. Mehrere Antworten sind möglich.

Lohn oder Gehalt

Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit

Kranken- und Invalidengeld (Krankenkasse)

Eingliederungseinkommen (ÖSHZ)

- Arbeitslosengeld
- Rente
- Entschädigung bei Arbeitsunfall
- Entschädigung bei Berufskrankheit
- Andere: .....

*Ist Ihr Einkommen in 2021-2022 weggefallen und nicht ersetzt worden?*

- Nein
- Ja

Geben Sie unten an, um welche Einkünfte es sich handelt. Mehrere Antworten sind möglich.

- Lohn oder Gehalt
- Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit
- Kranken- und Invalidengeld (Krankenkasse)
- Eingliederungseinkommen (ÖSHZ)
- Arbeitslosengeld
- Rente
- Entschädigung bei Arbeitsunfall
- Entschädigung bei Berufskrankheit
- Andere: .....

*Hat sich Ihr Einkommen in 2021-2022 aufgrund einer Änderung Ihrer Haushaltszusammensetzung, Ihres Familienstands oder der Anzahl der Kinder zu Lasten verändert?*

- Nein
- Ja

Bitte geben Sie unten das derzeitige Einkommen Ihres Ehepartners an. Mehrere Antworten sind möglich.

- Lohn oder Gehalt
- Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit
- Kranken- und Invalidengeld (Krankenkasse)



- Eingliederungseinkommen (ÖSHZ)
- Arbeitslosengeld
- Rente
- Entschädigung bei Arbeitsunfall
- Entschädigung bei Berufskrankheit
- Andere: .....

*Haben Sie bei einem anderen Dienst einen Antrag auf Leistungen gestellt, der noch bearbeitet wird (Krankengeld, Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Arbeitslosengeld)?*

- Nein
- Ja

Informationen zu der/den beantragten Leistung/en:

Welche Art von Leistung haben Sie beantragt?

.....

Bei welchem Dienst haben Sie diesen Antrag gestellt?

.....

*Haben Sie eine Entschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten oder laufen derzeit Untersuchungen, um eine Entschädigung zu erhalten?*

- Nein
- Ja

Information zur Entschädigung/zum Antrag einer Entschädigung:

Datum des Unfalls: .....

## Teil 2: Studium und Arbeit

### 1. Ausbildung

Information: Wir bitten um Informationen über Ausbildung und Arbeit, damit wir Ihre Arbeitsfähigkeit beurteilen können.

*Absolvieren Sie derzeit eine Ausbildung?*

Unter Ausbildung verstehen wir auch: Lernen am Arbeitsplatz, Abendkurse, ...

Nein

Ja

Bitte geben Sie an, welche Ausbildung Sie derzeit absolvieren:

Sekundarschule

Studienrichtung:.....

Hochschulausbildung/Universität

Studienrichtung:.....

Sonderpädagogische Sekundarschule (Förderschulen)

Teilzeitausbildung / duale Ausbildung

Studienrichtung:.....

Bildung auf dem zweiten Bildungsweg

Studienrichtung:.....

Sonstige Ausbildung (FOREM/VDAB/ACTIRIS/ADG, Abendschule, ...)

Studienrichtung:.....

Beschreiben Sie die Auswirkungen Ihrer Schwierigkeiten auf Ihre Fähigkeit, Ihrem (laufenden) Training zu folgen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Haben Sie Probezeitberichte, Bildungsberichte oder Berichte von Organisationen/Institutionen, die Sie bei der Beschäftigung und Weiterbeschäftigung begleiten. In diesem Fall ist es sinnvoll, uns diese Unterlagen zu übermitteln. Sie können sie als Anhänge beifügen.

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

- Sekundarschule  
Studienrichtung:.....
- Hochschulausbildung/Universität  
Studienrichtung:.....
- Sonderpädagogische Sekundarschule (Förderschulen)
- Teilzeitausbildung / duale Ausbildung  
Studienrichtung:.....
- Bildung auf dem zweiten Bildungsweg  
Studienrichtung:.....
- Sonstige Ausbildung (FOREM/VDAB/ACTIRIS/ADG, Abendschule, ...)  
Studienrichtung:.....
- Keiner dieser Abschlüsse

## 2. Arbeit

*Arbeiten Sie zurzeit?*

Unter Arbeit verstehen wir Vollzeit- und Teilzeitarbeit, Freiwilligenarbeit/Ehrenamt, Studentenjobs, Praktika und Arbeit als Hausmann/Hausfrau.

Nein

Wenn Sie früher gearbeitet haben, in welchem Jahr haben Sie zuletzt gearbeitet? .....

Ja

Beschreiben Sie die Arbeit, die Sie in den letzten fünf Jahren geleistet haben. Wenn Sie in einer beschützten Werkstätte arbeiten, geben Sie die Art der beschützten Werkstätte an.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie jetzt? Anzahl der Stunden/Woche.

.....  
Beschreiben Sie detailliert, wie Ihre Beeinträchtigung Ihre Arbeitsfähigkeit einschränk(t)en:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gibt es eine Organisation/Institution, die Sie dabei unterstützt, Ihren derzeitigen Arbeitsplatz zu behalten oder einen neuen zu finden?

Nein

Ja

Welche Organisation? Beispiel: FOREM, VDAB, ACTIRIS, ADG, GTB, AVIQ, Job Coaches, ...

.....  
.....

Verfügen Sie über Berichte der oben genannten Organisationen/Institutionen, die Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigung oder der Erhaltung des Arbeitsplatzes ergriffen haben? Haben Sie Bescheinigungen über die Beschäftigung in einer beschützten Werkstätte? Wenn ja, können sie diese als Anhänge beifügen.

### Teil 3: Situation im Alltag

#### 1. Alltagsaktivitäten

In diesem Teil schauen wir uns die Schwierigkeiten an, mit denen Sie konfrontiert sind, sowie die Unterstützung/Hilfen, die Sie im täglichen Leben benötigen.

Konkret prüfen wir dies in 6 Bereichen:

- Sich fortbewegen
- Einkaufen, Kochen und Essen
- Körperpflege
- Hausarbeit
- Selbständig leben, Gefahren einschätzen und vermeiden
- Soziale Kontakte

Zu den Schwierigkeiten können gehören:

- geistige und körperliche Einschränkungen vor Ausübung einer Tätigkeit
- Schwierigkeiten während der Tätigkeit

- Auswirkungen nach der Tätigkeit

**Bitte beachten Sie: Schwierigkeiten können täglich, periodisch und gelegentlich auftreten.**

Unterstützung/Hilfsmittel können sein:

- Unterstützung durch Fachleute
- Unterstützung durch Familie, Freunde, Bekannte
- physische Hilfsmittel

## 2. Sich fortbewegen

*Beschreiben Sie anhand von Beispielen aus Ihrem eigenen Alltag, auf welche Schwierigkeiten Sie bei den angegebenen Tätigkeiten stoßen:*

**Beispiele von Schwierigkeiten:** Meiden öffentlicher Verkehrsmittel wegen Überfüllung und Unvorhersehbarkeiten/ minimale Reisetätigkeit wegen Angstgefühlen/ Reisen nur in einem bekannten Gebiet aufgrund einer Sehbehinderung/ Reisen nur nach entsprechender Vorbereitung möglich/ ich bringe mich im öffentlichen Straßenverkehr in Gefahr ...

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie eine Tätigkeit nicht angeben, bedeutet dies, dass Sie diese ohne Schwierigkeiten ausführen können.

Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen

Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten:

○ Aufstehen von einem Stuhl

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
 .....  
 .....

○ Die Treppe rauf und runter gehen

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
 .....  
 .....

○ Sich in vertrauter Umgebung zurechtfinden: sowohl im Innen- als auch im Außenbereich

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
 .....  
 .....

○ Sich in einer unbekanntem Umgebung zurechtfinden

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
 .....  
 .....

- Gehen
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:
   
.....
   
.....
   
.....
- Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:
   
.....
   
.....
   
.....
- Selbstständiges Fahren mit Auto, Motorrad, Fahrrad
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:
   
.....
   
.....
   
.....

Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Beschreiben Sie, warum Sie die oben genannten Aktivitäten nicht ausüben können:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Benötigen Sie Hilfsmittel/Unterstützung bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?*

Nein

Ja

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen:

Unterstützende Fachleute wie Rehabilitationszentrum, Familienhilfe, Zentrale für mobilitätsbehinderte Personen, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:
   
.....
   
.....
   
.....

Unterstützung durch Familie/Freunde: z.B. Eltern, Partner, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Materielle Unterstützung in der Umgebung: z.B. angepasste Beleuchtung, klare Anweisungen im Gebäude, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
.....  
.....  
.....

Physische Hilfsmittel: z.B. Rollstuhl, Rollator, Gehhilfe, Treppenlift, orthopädische Schuhe, persönliches Alarmsystem, Taxi, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
.....  
.....  
.....

### 3. Einkaufen, Kochen und Essen

*Beschreiben Sie anhand von Beispielen aus Ihrem eigenen Alltag, auf welche Schwierigkeiten Sie bei den angegebenen Tätigkeiten stoßen:*

**Beispiele von Schwierigkeiten:** Vermeiden von menschlichem Kontakt nach dem Supermarktbesuch/ Muskelschmerzen beim Stehen während des Kochens/ keine Abwechslung im Speiseplan usw.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie eine Tätigkeit nicht angeben, bedeutet dies, dass Sie diese ohne Schwierigkeiten ausführen können.

Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen

Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten:

- Kleine Lebensmitteleinkäufe erledigen: Einkaufsliste erstellen, Brot kaufen, bezahlen, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....
- Großeinkauf: Wasserflaschen kaufen, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....
- Zubereitung von Mahlzeiten: Brotmahlzeit vorbereiten, Mahlzeiten aufwärmen, Gemüse schneiden, Essen liefern lassen, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

- Einnahme der Mahlzeit: nur mit dem Löffel essen, Essen nicht selbst zerkleinern können, Schluckbeschwerden, ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Beschreiben Sie, warum Sie die oben genannten Aktivitäten nicht ausüben können:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Benötigen Sie Hilfsmittel/Unterstützung bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?*

Nein

Ja

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen:

Unterstützung durch Fachleute: z.B Familienhilfe, Lieferung von Mahlzeiten nach Hause, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

- Wie oft kommt ein Mitarbeiter des vorgenannten Dienstes zu Ihnen nach Hause:

- Monatlich
- Wöchentlich
- 1x pro Tag
- 2x pro Tag
- 3x pro Tag

Unterstützung durch Familie/Freunde: z. B. Nachbar liefert Lebensmittel nach Hause, Partner macht Einkaufsliste, Mutter schneidet Essen in kleine Stücke, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:



.....  
.....  
.....

Unterstützung in der Umgebung: z. B. ein Geschäft mit behindertengerechtem Zugang, nur in Geschäften einkaufen, deren Struktur ich kenne, keine Hintergrundgeräusche, angepasste Küche, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
.....  
.....  
.....

Körperliche Hilfsmittel: z.B. sprechende Waage, Stehhilfen, Hörgeräte, Sondenernährung, Einkaufstrolley, Stufenplan, Trinkbecher, angepasstes Besteck, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
.....  
.....  
.....

#### 4. Persönliche Hygiene

*Beschreiben Sie anhand von Beispielen aus Ihrem eigenen Alltag, auf welche Schwierigkeiten Sie bei den angegebenen Tätigkeiten stoßen:*

**Beispiele von Schwierigkeiten:** Morgentoilette ist nur mit bestimmter Schritt-für-Schritt Anleitung möglich/ ich vergesse, saubere Kleidung anzuziehen/ Toilettengang/ das Duschen und Anziehen nimmt mehr Zeit in Anspruch/ alles muss einen festen Platz haben/ jemand muss den Toilettengang überwachen, ...

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie eine Tätigkeit nicht angeben, bedeutet dies, dass Sie diese ohne Schwierigkeiten ausführen können.

Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen

Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten:

- Morgentoilette: Hände waschen, Zähne putzen, Haare kämmen, rasieren, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....

- Duschen/Baden
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....

- An- und Ausziehen: Kleidung auswählen, anziehen (Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen) ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:
   
.....
   
.....
   
.....
- Toilettengänge: Harnverlust, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:
   
.....
   
.....
   
.....
- Sonderbehandlung: künstlicher Darmausgang, langzeitige offene Wunde, Kanüle ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:
   
.....
   
.....
   
.....

Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Beschreiben Sie, warum Sie die oben genannten Aktivitäten nicht ausüben können:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Benötigen Sie Hilfsmittel/Unterstützung bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?*

Nein

Ja

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen:

Unterstützung durch Fachleute: z.B. Häusliche Pflegedienste, Familienhilfe, die beim Waschen, Anziehen, bei der Wundversorgung, ... helfen

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:
   
.....
   
.....
   
.....
- Wie oft kommt ein Mitarbeiter des vorgenannten Dienstes zu Ihnen nach Hause:
  - Monatlich
  - Wöchentlich

- 1x pro Tag
- 2x pro Tag
- 3x pro Tag

Unterstützung durch Familie/Freunde: z.B. bei der Auswahl der Kleidung, Eltern kontrollieren nach dem Waschen, Partner hilft beim Anziehen der Strümpfe/des BHs, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
 .....  
 .....  
 .....

Unterstützung in der Umgebung: z.B. angepasste Toilette, angepasste Dusche, Dusche statt Badewanne, Bettgeländer, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
 .....  
 .....  
 .....

Physische Hilfsmittel: z.B. Inkontinenzhilfen, Patientenlift, Strumpfanzieher, künstlicher Darmausgang usw.

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
 .....  
 .....  
 .....

## 5. Hausarbeit

*Beschreiben Sie anhand von Beispielen aus Ihrem eigenen Alltag, auf welche Schwierigkeiten Sie bei den angegebenen Tätigkeiten stoßen:*

**Beispiele von Schwierigkeiten:** zusätzliche Ruhepausen nach der Durchführung einer Tätigkeit/ die Durchführung einer Tätigkeit erfordert mehr Zeit/ nicht erkennen, dass eine Reinigung notwendig ist/ nicht wissen, welche Reinigungsmittel benötigt werden/ die Arbeit verzögert sich aufgrund von Energiemangel/ Sie brauchen jemanden, der Ihnen einen Arbeitsplan vorgibt...

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie eine Tätigkeit nicht angeben, bedeutet dies, dass Sie diese ohne Schwierigkeiten ausführen können...

Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen

Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten:

- Tägliche Hausarbeit: Tisch decken, abräumen, spülen, Spülmaschine ausräumen, Staub wischen, Bett machen, Wäsche sortieren und Wäsche falten, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

- Schwere Hausarbeit: Putzen, Staubsaugen, Bügeln, Rasenmähen, ...
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....
- Betreuung von Kindern: Hilfe bei den Hausaufgaben, Waschen und Anziehen, Spielen, Zubereiten von Essen, Beaufsichtigung usw.
  - Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:  
.....  
.....  
.....

Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Beschreiben Sie, warum Sie die oben genannten Aktivitäten nicht ausüben können:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Benötigen Sie Hilfsmittel/Unterstützung bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?*

Nein

Ja

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen:

Unterstützung durch Fachleute: z.B. Familienhilfe, Reinigungsdienst, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:  
.....  
.....  
.....

Unterstützung durch Familie/Freunde: z.B. durch Ermutigung oder Hinweise von Eltern, Nachbarn, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Unterstützung in der Umgebung: z.B. Wochenplan in der Küche als Erinnerung (ToDo-Listen), Anheben Waschmaschine, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Physische Hilfsmittel: z.B. Elektronische Kommunikationshilfen, angepasstes Putzmaterial, Erinnerungen auf dem Handy, kabellose Staubsauger usw.

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

## 6. Gefahren

*Beschreiben Sie anhand von Beispielen aus Ihrem eigenen Alltag, auf welche Schwierigkeiten Sie bei den angegebenen Tätigkeiten stoßen:*

**Beispiele für Schwierigkeiten:** Gefahrenquellen nicht erkennen können, weil das Gehör beeinträchtigt ist/ sich selbst in Gefahr bringen, weil es schwierig ist, auf unerwartete Situationen zu reagieren/ Behördengänge vernachlässigen/ Schwierigkeiten, auf Gefahren zu reagieren, weil die Mobilität eingeschränkt ist, usw.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie eine Tätigkeit nicht angeben, bedeutet dies, dass Sie diese ohne Schwierigkeiten ausführen können.

Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen

Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten:

- Erkennen von Gefahren: Erkennen, dass jemand Hilfe benötigt, Erkennen eines Feuers, ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

- Reagieren bei Gefahr: den Notdienst kontaktieren, ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

- Papiere: Briefe der Gemeinde verstehen, ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

- Geldverwaltung: Rechnungen bezahlen, ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

- Einnahme von Medikamenten: Vergessen, die Medikamente einzunehmen ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Beschreiben Sie, warum Sie die oben genannten Aktivitäten nicht ausüben können:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Geben Sie an, wie oft Sie Aufsicht benötigen:*

Unter Aufsicht verstehen wir, dass jemand regelmäßig nach Ihnen sehen muss, um zu prüfen, ob noch alles in Ordnung ist.

Ich benötige keine Aufsicht

Ich brauche eine wöchentliche Aufsicht, weil:

Ich muss täglich beaufsichtigt werden, weil:

Ich kann täglich nur ein paar Stunden allein bleiben, weil:

Ich kann nie allein gelassen werden, weil:

.....  
.....  
.....

*Befinden Sie sich derzeit in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung, einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses oder in einer anderen Einrichtung?*

Nein

Ja

Erläutern Sie:

.....  
.....  
.....

*Benötigen Sie Hilfsmittel/Unterstützung bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?*

Nein

Ja

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen:

Unterstützung durch Fachleute: z.B. betreutes Wohnen, psychiatrische Begleitung zu Hause, Betreuung des Vermögens, Familienhilfe, Altenheim, Gebärdensprachen Dolmetscher, ...

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Unterstützung durch Familie/Freunde: z.B. Begleitung durch Partner, die Ehefrau bereitet die Medikamente vor, die Eltern übernehmen die Betreuung des Vermögens, ...

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Unterstützung in der Umgebung: z.B. angepasste Beleuchtung, Blindenschrift, Kalendereinträge/Erinnerungen, Post-its oder Heftchen als Erinnerung, usw.

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Physische Hilfsmittel: z.B. Spracherkennungsgeräte, angepasste Smartphones, Hörgeräte, Pillendose, persönliches Alarmsystem, GPS-Tracker, ...

- Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

## 7. Soziale Kontakte

*Beschreiben Sie anhand von Beispielen aus Ihrem eigenen Alltag, auf welche Schwierigkeiten Sie bei den angegebenen Tätigkeiten stoßen:*

**Beispiele für Schwierigkeiten:** Ich fühle mich gestresst, bevor ich jemanden treffe/ ich kann mich in meiner eigenen Sprache nicht gut ausdrücken/ ich bin geistesabwesend/ ich habe Schwierigkeiten zu hören oder zu verstehen, was andere zu mir sagen/ ich muss aufgrund meiner eingeschränkten Mobilität auf ein soziales Leben verzichten/ ich telefoniere, anstatt Nachrichten zu verschicken/ ich brauche mehr Zeit, um Informationen in einem Gespräch zu verstehen/ ich neige zur Isolation/ meine Kontakte beschränken sich auf meine Familie, ...

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie eine Tätigkeit nicht angeben, bedeutet dies, dass Sie diese ohne Schwierigkeiten ausführen können.

Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen

Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten:

- Konversation mit fremden Menschen und Beziehungen pflegen: sich verständlich ausdrücken, den Gesprächspartner verstehen und angemessen antworten, ...

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

- Freizeit: Freunde treffen, kulturelle Ausflüge, Sport treiben, sich in andere hineinversetzen usw.

- Geben Sie Beispiele der Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen:

.....  
.....  
.....

Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Beschreiben Sie, warum Sie die oben genannten Aktivitäten nicht ausüben können:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



*Benötigen Sie Hilfsmittel/Unterstützung bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?*

Nein

Ja

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen:

Unterstützung durch Fachleute: z.B. Tagesbetreuung, Familienhilfe, Zentrale für mobilitätsbehinderte Personen, usw.

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Unterstützung durch Familie/Freunde: z. B. durch Ermutigung von Eltern, Freunden, ...

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Unterstützung in der Umgebung: z.B. geringer Umgebungslärm, angepasste Beleuchtung, einfache Sprache, ...

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

Physische Hilfsmittel: z.B. Spracherkennungsgeräte, angepasste Smartphones, Tablets, Krücken, Blindenschrift, Hörgeräte, ...

○ Geben Sie an, welche Unterstützung Sie benötigen:

.....  
.....  
.....

#### Teil 4: Vorrangige Akten

In bestimmten schwerwiegenden medizinischen Fällen können wir Ihren Antrag prioritär bearbeiten, ohne dass Sie sich zu einer Untersuchung in eines unserer regionalen Zentren begeben müssen.

*Erhalten Sie eine Chemo-, Strahlen- oder Immuntherapie und beeinträchtigt dies Ihren Allgemeinzustand und Ihr tägliches Leben stark?*

Nein

Ja

*Leiden Sie an einer schwerwiegenden und schnell fortschreitenden Krankheit, die Ihre Lebenserwartung stark verringert?*

Nein

Ja

**Bitte beachten Sie:** Es ist wichtig, dass wir so schnell wie möglich Ihre medizinischen Berichte erhalten. Erst wenn wir diese erhalten haben, können wir Ihren Antrag vorrangig bearbeiten.

Sie können sie als Anhänge hinzufügen.

Sie können uns Ihre medizinischen Berichte auf zwei Arten zukommen lassen. Geben Sie unten an, welche Option Sie wählen.

Sie übermitteln uns selbst Ihre Berichte mithilfe des Kontaktformulars.

Wir fordern Ihre medizinischen Berichte bei Ihrem Hausarzt an. **Achtung:** Dies wird die Bearbeitung Ihres Antrags verlangsamen.

### Teil 5: Zum Schluss

*Beschreiben Sie die größten Schwierigkeiten, auf die Sie stoßen?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Wer hat Ihnen bei der Antragstellung geholfen?*

Niemand

Familie/Freunde/Bekannten

ÖSHZ

Gemeinde/Stadt

Christliche Krankenkasse

Mutualia

- Freie Krankenkasse
- Sozialistische Krankenkasse (Solidaris)
- Mutualité Libérale
- HKIV
- FÖD Soziale Sicherheit
- Jemand anders

Geben Sie an, ob Sie mit dem Austausch Ihrer Daten einverstanden sind.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die GD Personen mit Behinderung, falls sie zusätzliche Informationen benötigt, Institutionen, Ärzte oder Personen, die mit meinem Antrag in Verbindung stehen, direkt kontaktieren kann. Dies kann finanzielle oder medizinische Informationen umfassen.

Wenn Sie Ihre Zustimmung nicht erteilen, verfügen wir möglicherweise nicht über ausreichende Informationen, um Ihren Antrag zu bearbeiten.

#### SENDEN SIE UNS IHRE BERICHTE

- Verfügen Sie über Praktikumsberichte, Ausbildungsberichte oder Berichte von Organisationen, die Sie bei Ihrem Studium unterstützen (z.B. CLB, VDAB,...)
- Verfügen Sie über Berichte von Organisationen, die Maßnahmen zur Beratung in Bezug auf Beschäftigung und Arbeitsplatzergänzung ergriffen haben?
- Verfügen Sie über Bescheinigungen über eine Beschäftigung in einem angepassten Unternehmen?
- Verfügen Sie über zusätzliche Sozialberichte (CPAS, Institutionen usw.), in denen Ihre Schwierigkeiten beschrieben werden?

Reichen Sie Ihre Berichte über das Kontaktformular ein.