

An	Datum:				
Landeswohlfahrtsverband Hessen Dezernat Leistungen SGB und KOF  Überörtlicher Sozialhilfeträger  Integrationsamt  Kriegsopferfürsorge Postfach					
☐ 34024 Kassel ☐ 64223 Darmstadt ☐ 65174 Wiesbaden					
Ich beantrage Leistungen im Rahmen eines "Persönlichen Budgets"					
Name:					
Geboren:					
Anschrift:					
Tel./Email:					
Name/Anschrift gesetzl. Betreuung: - sofern vorhanden					
Was möchte ich mit dem Persönlichen Budget erreichen?					
Welche Beeinträchtigungen habe ich?					
	<u> </u>				

e reu-	Leistungsträger	Geschäftszeichen	Art der Leistung
	Landeswohlfahrtsverband		
	Sozialamt		
	Krankenversicherung		
	Gesetzliche Pflegeversicherung		
	Sonstige:		
		<u></u>	

Anlagen:
- Einverständniserklärung
- Selbstauskunft (das Ausfüllen und Beifügen der Selbstauskunft ist freiwillig)

## Einverständniserklärung

Ich willige ein, dass vom LWV Hessen meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Bewilligung des Persönlichen Budgets<sup>1</sup> erhoben und an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden, soweit diese für die Bearbeitung meines Antrages auf Bewilligung von Leistungen in Form des Persönlichen Budgets erforderlich sind.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit einer Begutachtung bekannt gewordenen Daten auch an andere Sozialleistungsträger übermittelt und von diesen verwendet werden dürfen.

## **Hinweis**

Ich bin darüber informiert, dass ich die Übermittlung der Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein Widerspruch dazu führen könnte, dass ich das Persönliche Budget nicht in Anspruch nehmen kann (§ 66 SGB I).

	-
Ort, Datum	
Unterschrift der Antrag stellenden Po	erson/des gesetzlichen Vertreters

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX i.V.m. der Budgetverordnung