Revision Assistenzbeitrag

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Guten Tag

Gegenwärtig überprüfen wir Ihren Assistenzbedarf und den weiteren Vergütungsanspruch. Zur Beurteilung der Situation benötigen wir aktuelle Angaben. Wir bitten Sie deshalb, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen und uns innert 14 Tagen zurückzusenden. Besten Dank.

Freundliche Grüsse
IV-Stelle Basel-Stadt

---

1. Gesundheitszustand

1.1 Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit der letzten Bedarfserhebung

verbessert ☐ seit wann _____

verschlimmert ☐ seit wann _____

oder ist er gleich geblieben ☐

1.2. Worin besteht eine allfällige Änderung?

1.3. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle?
(Adresse der Haus- und Spezialärzte, Spitäler und Pflegeheime angeben)

Wenn ja, bei wem?

_____

Wenn nein, bei wem zuletzt und wann?

_____

2. Allgemein

2.1. Besteht eine Beistandschaft oder Verlängerung der elterlichen Sorge? ☐ ja ☐ nein

→ wenn ja, bitte Ernennungsurkunde beilegen.

3. Wohnsituation

3.1. Leben Sie in einem eigenen Haushalt (d.h. nicht mehr bei den Eltern oder der gesetzlichen Vertretung)? ☐ ja ☐ nein

3.2. Leben Sie mit eigenen Kindern unter 25 Jahren im gleichen Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Anzahl und das Geburtsdatum der Kinder:

3.3. Leben Sie mit erwachsenen Angehörigen im gleichen Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit wie vielen?

3.4. Beziehen diese erwachsenen Angehörigen eine Hilflosenentschädigung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Namen angeben

3.5. Leben Sie mit anderen erwachsenen Personen im gleichen Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit wie vielen?

3.6. Halten Sie sich tagsüber in einer Werk-/Tages- oder beruflichen Eingliederungsstätte auf? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja wo (Adresse) und wieviele Tage pro Woche?

……..

Wieviele ½ Tage pro Woche? …….
(ein Aufenthalt bis 6 Std. wird als ein ½ Tag berücksichtigt)

Wieviele ganze Tage pro Woche? ……..
(ein Aufenthalt ab 6 Std. wird als ein ganzer Tag berücksichtigt)

3.7. Halten Sie sich in einem Heim / einer Institution mit Tagesbetreuung auf? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja wo (Adresse) und wieviele Tage pro Woche?

……..

Wieviele ½ Tage pro Woche? …….
(ein Aufenthalt bis 6 Std. wird als ein ½ Tag berücksichtigt)

Wieviele ganze Tage pro Woche? ……..
(ein Aufenthalt ab 6 Std. wird als ein ganzer Tag berücksichtigt)

3.8. Halten Sie sich in einem Heim / einer Institution ohne Tagesbetreuung auf? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja wo (Adresse) und wieviele Tage pro Woche?

……..

Wieviele ½ Tage pro Woche? …….
(ein Aufenthalt bis 6 Std. wird als ein ½ Tag berücksichtigt)

Wieviele ganze Tage pro Woche? ……..
(ein Aufenthalt ab 6 Std. wird als ein ganzer Tag berücksichtigt)

4. Aus- und Weiterbildung

4.1 Besuchen Sie eine Schule der Sekundarstufe II (z.B. 10. Schuljahr, FMS, WMS, Gymnasium)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben wo

→ bitte Schulausweis beilegen

4.2. Absolvieren Sie eine Ausbildung auf Tertiärstufe (z.B. Fachhochschule, Universität)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben wo und mit welchem Pensum
→Bitte Ausbildungsnachweis beilegen

☐ ja ☐ nein

4.3. Absolvieren Sie eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben wo, mit welchem Pensum, zu welchem Lohn
→ bitte Lehrvertrag beilegen

4.4. Absolvieren Sie eine berufliche Aus-/Weiterbildung in einer allgemein zugänglichen Institution? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben wo, was, Dauer, welcher Zeitaufwand.

4.5. Hat sich in diesem Bereich seit der Zusprache bzw. letzten Revision des Assistenzbeitrages eine Änderung ergeben? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

5. Ehrenamtliche/gemeinnützige Tätigkeit

5.1. Sind Sie ehrenamtlich/gemeinnützig tätig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo und wieviele Stunden pro Woche?
→ Bitte Bestätigung der ehrenamtlichen/gemeinnützigen Tätigkeit beilegen

5.2. Hat sich in diesem Bereich seit der Zusprache bzw. letzten Revision des Assistenzbeitrages eine Änderung ergeben? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

6. Erwerbstätigkeit

6.1. Sind Sie erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo, mit welchem Pensum, zu welchem Lohn?
→ Bitte letzte Monatslohnabrechnung beilegen

6.2. Hat sich seit der Zusprache bzw. letzten Revision des Assistenzbeitrages eine Änderung ergeben? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche

7. Leistungen der Krankenkasse

7.1. Werden von der Krankenkasse Leistungen für Grundpflegeverrichtungen übernommen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, durch welche Kasse:

Für wie viele Stunden pro Quartal/Monat/Woche

→ Bitte die Abrechnungen der Krankenkasse sowie des Leistungserbringers für die letzten 3 Monate beilegen.

8. Nachtassistenz

8.1. Werden von der Krankenkasse Leistungen für die nächtliche Assistenz übernommen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, durch welche Kasse:

Für wie viele Stunden pro Monat/Woche

→ Bitte die Abrechnungen der Krankenkasse sowie des Leistungserbringers für die letzten 3 Monate beilegen.

Beilage: Zusammenfassung der letzten Bedarfsberechnung

Datum	**Ihre Telefon-Nr.**	**Unterschrift**