Revision Assistenzbeitrag Jugendliche

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Guten Tag

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

Freundliche Grüsse
IV-Stelle Basel-Stadt

---

1. Gesundheitszustand

1.1 Hat sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes:

verbessert ☐ seit wann _____

verschlimmert ☐ seit wann _____

oder ist er gleich geblieben ☐

1.2 Worin besteht die allfällige Änderung?

……

1.3 Ist Ihr Kind 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. Aufenthalt

2.1. Hält sich Ihr Kind tagsüber in in einer Werk-/Tages- oder beruflichen Eingliederungsstätte oder Sonderschule 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)

2.2. Hält sich Ihr Kind 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)

2.2. Hält sich Ihr Kind 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)

3. Schule

3.1. Besucht Ihr Kind eine Regelklasse? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Schulhaus?

……..

3.2. Ist Ihr Kind teilzeitig in eine Regelklasse integriert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Anzahl Tage pro Woche und geben das Schulhaus an.

……..

3.3. Besucht Ihr Kind eine Schule der Sekundarstufe II (z.B. 10. Schuljahr, FMS, WMS, Gymnasium)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Schulhaus angeben und Schulnachweis beilegen

4. Beruf

4.1. Absolviert Ihr Kind eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo mit welchem Pensum und zu welchem Lohn
→ Bitte Lehrvertrag beilegen

……..

4.2. Arbeitet Ihr Kind während mindestens 10 Stunden pro Woche **auf dem regulären Arbeitsmarkt?** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo, mit welchem Pensum und zu welchem Lohn?
→ Bitte Anstellungsvertrag beilegen

……..

5. Leistungen der Krankenkasse

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

Wenn ja, durch welche Krankenkasse?

……..

Für wie viele Stunden pro Quartal/Monat/Woche?

……..

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

6. Nachtassistenz

6.1. 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

7. Bemerkungen

……

……

……

Beilagen: -

-

-

-

-

-

-

Datum	Ihre Telefon-Nr.	Unterschrift
_____	_____	_____