

SELBSTEINSCHÄTZUNGSBOGEN PERSÖNLICHE ASSISTENZ

Die Höhe der bewilligten Stunden ist abhängig von der Art der Behinderung und vom tatsächlichen Assistenzbedarf in den Bereichen:

- Basic needs (Grundbedürfnisse)
- Haushalt
- Erhaltung der Gesundheit
- Gesellschaftliches Leben

Die Selbsteinschätzung dient als Grundlage, um Ihren Unterstützungsbedarf zu erheben.

Wir ersuchen Sie, bei der Einschätzung Ihres Assistenzbedarfs realistische Angaben zu machen. Wir wissen, dass sich der Bedarf ändern kann. Sollte dies der Fall sein, teilen Sie uns bitte den Änderungsbedarf mit einer Begründung mit, damit der veränderte Bedarf geprüft werden kann.

Sie können vor dem Ausfüllen des Antrags und des Selbsteinschätzungsbogens einen Termin zur Beratung bei der Servicestelle für Menschen mit Behinderung, 7210 Mattersburg, Marktgasse 2, oder regional in Bezirkshauptmannschaften vereinbaren.

Telefon: 057 600 2121

Fax: 057 600 2171

Email: post.behindertenservicestelle@bgld.gv.at

Bitte geben Sie den Selbsteinschätzungsbogen gemeinsam mit dem Antragsformular und den erforderlichen Unterlagen (am Antragsformular angeführt) in den dafür angegebenen Stellen ab. Zu den Einbringungsstellen zählen das Amt der Burgenländischen Landesregierung, eine - auch örtlich unzuständige - Bezirksverwaltungsbehörde (Bezirkshauptmannschaft oder Magistrat), die Gemeinden, die Sozialministeriumservice-Landesstelle Burgenland, die Servicestelle für Menschen mit Behinderungen, die WAG Assistenzgenossenschaft oder die Soziale Dienste Burgenland GmbH.

Auskünfte Ihres Antrages betreffend Persönliche Assistenz im Privatbereich können Sie schriftlich unter post.a6-soziales@bgld.gv.at oder telefonisch unter der Nummer 057-600 einholen, betreffend Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz unter office@wag.or.at oder telefonisch unter der Nummer 01 7985355.

Allgemeine Daten

1. Persönliche Daten:

Titel/Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Grad der Behinderung	

2. Angaben zur Behinderung:

Welche Hilfe- und Assistenzleistungen benötigen Sie aufgrund Ihrer Behinderung im täglichen Leben?

(z.B. Beatmung, Absaugen, Umlagern/Positionieren, Spasmen, dauerhafte Schmerzen, PEG-Sonde, und dgl.)

Ich benötige keine derartigen Leistungen

Ich benötige folgende Leistungen (bitte zwingend eine Auflistung anführen):

Derzeitige Lebenssituation

3. Wohnsituation:

Gesamtzahl im Haushalt lebender Personen	
davon Erwachsene (18-65 Jahre)	
davon Ältere (65+)	
eigene Kinder (bitte geben sie das Geburtsdatum jedes Kindes an)	
bei geteiltem Sorgerecht: wie viele Tage/Wochen verbringt das Kind bzw. die Kinder bei Ihnen?	

Bitte beschreiben Sie hier, in welchem Beziehungsverhältnis Sie zu diesen Personen stehen (z.B. Ehefrau/-mann, Lebenspartner/in, Eltern, Freunde, etc.). Bei Bedarf können Sie hier weitere wichtige Informationen zur jetzigen Wohnsituation anführen.

Derzeitige Unterstützungsform

4. Unterstützungsform

Beschreiben Sie hier, wie Sie sich derzeit Ihren Alltag organisieren.

Welche Dienstleistungen nehmen Sie in Anspruch (z.B. Soziale Dienste, Persönliche Assistenz oder Andere/s) und von wem werden Sie derzeit noch unterstützt (z.B. Freunde, Angehörige)? In welchem Ausmaß?

WANN und WIE brauchen Sie eine Unterstützung und Hilfe durch eine Persönliche Assistenz auf Grund Ihrer Behinderung? (Angabe unbedingt erforderlich!)

Sie können dies z.B. anhand von praktischen Beispielen beschreiben.

WARUM brauchen Sie eine Unterstützung und Hilfe durch eine Persönliche Assistenz auf Grund Ihrer Behinderung? (Angabe unbedingt erforderlich!)

Sie können dies z.B. anhand von praktischen Beispielen beschreiben.

Persönlicher Assistenzbedarf

Auf den folgenden Seiten geht es um Ihren konkreten Assistenzbedarf in den Bereichen

- Basic needs (Grundbedürfnisse)
- Haushalt
- gesellschaftliches Leben
- Erhaltung der Gesundheit

Bitte blättern Sie um und füllen Sie die nachstehenden Seiten aus (tragen Sie den durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden ein)!

Mein Assistenzbedarf – „basic needs“ (Grundbedürfnisse)

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an, wobei sie Persönliche Assistenz benötigen:

Ich brauche Assistenzleistungen: Zutreffendes bitte ankreuzen:	
<input type="checkbox"/>	beim Aufstehen, Morgentoilette, Anziehen, etc
<input type="checkbox"/>	beim Essen
<input type="checkbox"/>	bei der Abendtoilette und beim ins Bett gehen
<input type="checkbox"/>	während der Nachtruhe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich

Bitte tragen Sie den durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Grundbedürfnisse) ein:

Pro Wochentag (MO-FR)	Pro Weekend-Tag (SA-SO)

Für Assistenzleistungen, die nicht täglich anfallen, stehen Ihnen die Spalten „Pro Woche“ bzw. „Pro Monat“ zur Verfügung.

Pro Woche	Pro Monat

Erläutern Sie beispielhaft, welche Assistenzleistungen Sie täglich, am Wochenende, pro Woche bzw. pro Monat benötigen!

Mein Assistenzbedarf – im Haushalt

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an, wobei sie Persönliche Assistenz benötigen:

Ich brauche Assistenzleistungen: Zutreffendes bitte ankreuzen:	
<input type="checkbox"/>	beim Wäsche waschen, Bügeln, Einräumen,...
<input type="checkbox"/>	bei „kleineren“ Reinigungsarbeiten
<input type="checkbox"/>	bei „größeren“ Reinigungsarbeiten“ (Fenster putzen,...)
<input type="checkbox"/>	beim Aufräumen
<input type="checkbox"/>	beim Einkaufen der „kleineren“ alltäglichen Dingen
<input type="checkbox"/>	beim Kochen
<input type="checkbox"/>	beim Einkauf der „größeren“ Dinge
<input type="checkbox"/>	bei kleineren Reparaturarbeiten
<input type="checkbox"/>	bei der Versorgung von Haustieren bzw. Pflanzen
<input type="checkbox"/>	bei der Wartung und Pflege des Autos und sonstiger Fahrzeuge (z.B. Rollstuhl)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich

Bitte tragen Sie den durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Haushalt) ein:

Pro Wochentag (MO-FR)	Pro Wochenend-Tag (SA-SO)

Für Assistenz Tätigkeiten, die nicht täglich anfallen, stehen Ihnen die Spalten „Pro Woche“ bzw. „Pro Monat“ zur Verfügung.

Pro Woche	Pro Monat

Erläutern Sie beispielhaft, welche Assistenzleistungen Sie täglich, am Wochenende, pro Woche bzw. pro Monat benötigen!

Mein Assistenzbedarf bei weiteren Bereichen des gesellschaftlichen Lebens

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an, wobei sie Persönliche Assistenz benötigen:

Ich brauche Assistenzleistungen: Zutreffendes bitte ankreuzen:	
<input type="checkbox"/>	während Veranstaltungen
<input type="checkbox"/>	bei sportlichen Aktivitäten
<input type="checkbox"/>	bei „Freizeitwegen“
<input type="checkbox"/>	bei freizeitbedingten Erledigungen, sowie bei Wegen zu Post, Bank, Versicherung,...
<input type="checkbox"/>	im Rahmen einer Elternschaft
<input type="checkbox"/>	bei ehrenamtlichen Tätigkeiten
<input type="checkbox"/>	beim Bekochen und Bewirten von Gästen
<input type="checkbox"/>	auf Urlaubsreisen
<input type="checkbox"/>	zu Hause in der Freizeit
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich

Bitte tragen Sie den durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (gesellschaftliches Leben) ein:

Pro Wochentag (MO-FR)	Pro Wochenend-Tag (SA-SO)

Für Assistenzleistungen, die nicht täglich anfallen, stehen Ihnen die Spalten „Pro Woche“ bzw. „Pro Monat“ zur Verfügung.

Pro Woche	Pro Monat

Erläutern Sie beispielhaft, welche Assistenzleistungen Sie täglich, am Wochenende, pro Woche bzw. pro Monat benötigen!

Mein Assistenzbedarf bei der Erhaltung der Gesundheit

Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an, wobei sie Persönliche Assistenz benötigen:

Ich brauche Assistenzleistungen: Zutreffendes bitte ankreuzen:	
<input type="checkbox"/>	bei medizinisch notwendigen Versorgungen
<input type="checkbox"/>	Begleitung zu Arztbehandlungen, Therapiebehandlungen, bei Arztwegen,...
<input type="checkbox"/>	im Falle von Krankheit
<input type="checkbox"/>	Begleitung bei Behördenwegen
<input type="checkbox"/>	bei der Besorgung, Wartung und Reinigung von Hilfsmitteln
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich
<input type="checkbox"/>	Sonstiges nämlich

Bitte tragen Sie den durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Gesundheit) ein:

Pro Wochentag (MO-FR)	Pro Wochenend-Tag (SA-SO)

Für Assistenz Tätigkeiten, die nicht täglich anfallen, stehen Ihnen die Spalten „Pro Woche“ bzw. „Pro Monat“ zur Verfügung.

Pro Woche	Pro Monat

Erläutern Sie beispielhaft, welche Assistenzleistungen Sie täglich, am Wochenende, pro Woche bzw. pro Monat benötigen!

Assistenzbedarf gesamt im Privatbereich

Hier werden alle Bereiche summiert. Daraus errechnet sich Ihr selbsteingeschätzter durchschnittlicher Monatsbedarf an Persönlicher Assistenz.

Wenn es wichtig oder notwendig erscheint, können Sie im Feld „Bemerkungen“ weitere Angaben über Ihren Bedarf an Persönlicher Assistenz machen.

Bedarf in Stunden:

	Grund- bedürfnisse	Haushalt	Bereich des gesellschaftlichen Lebens	Erhaltung der Gesundheit
Pro Wochentag				
Pro Wochenendtag				
Pro Woche				
Pro Monat				
Gesamtbedarf pro Monat				

Ergibt insgesamt einen Assistenzbedarf von:

_____ Stunden pro Monat

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz

Zur Beachtung: Dieser Teil ist nur auszufüllen, wenn Sie **Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz (PAA)** beantragen:

Auf Möglichkeiten der **Beratung und Unterstützung** durch die **Wiener Assistenzgenossenschaft (WAG)** vor bzw. bei der Antragsstellung wird hingewiesen.

Daten zum Arbeits- und Ausbildungsplatz

Bezeichnung der Firma	
Straße und Haus-Nr.	
PLZ und Ort	
Tel.-Nr. der Firma	
E-Mailadresse der Firma	
Beschäftigungsausmaß	
Arbeitszeiten	
Benötigte Assistenzzeiten	
Weitere Informationen	

Grundversorgung am Arbeits- und Ausbildungsplatz

	Assistenzbedarf	Falls aus Ihrer Sicht Bemerkungen notwendig sind
Treffpunkt <ul style="list-style-type: none"> • Zu Hause • Am Arbeitsplatz • Universität • Sonstiger Ort 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ankleiden/Kleidung herrichten/Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einnahme von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Zubereiten von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Toilettengang; Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unterstützung bei Pausen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Stunden pro Woche

Mobilität am Arbeits- und Ausbildungsplatz

	Assistenzbedarf	Falls aus Ihrer Sicht Bemerkungen notwendig sind
Hilfe bei Transport (Rollstuhl schieben, Tür öffnen,...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilfe bei Transfers (Rollstuhl- WC, Rollstuhl-Sessel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mobilitätshilfe notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Stunden pro Woche

Nachtdienste im Zusammenhang mit der Arbeit/Ausbildung

	Assistenzbedarf	Falls aus Ihrer Sicht Bemerkungen notwendig sind
Werden Nachtdienste benötigt (zB Berufsschule, Fortbildungen, berufliche Termine oder Reisen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lagerungswechsel in der Nacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Stunden pro Woche

Termine/Erledigungen außer Haus im Zusammenhang mit der Arbeit/Ausbildung

	Assistenzbedarf	Falls aus Ihrer Sicht Bemerkungen notwendig sind
Behördengänge/ Begleitung zur Bank	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Begleitung bei Arztbesuchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Begleitung zu Therapien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Begleitung zu Fortbildungen, beruflichen Terminen usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Stunden pro Woche

Assistenzbedarf am Arbeitsplatz pro Woche gesamt

Beschreibung des Assistenzbedarf am Arbeitsplatz

Ort und Datum

Unterschrift