****

**SELBSTEINSCHÄTZUNGSBOGEN PERSÖNLICHE ASSISTENZ**

Die Höhe der bewilligten Stunden ist abhängig vom Grad 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 verändertere 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, 7000 Eisenstadt, Marktgasse 3, Technologiezentrum, Bauteil 5-EG, vereinbaren.

Bitte geben Sie den Selbsteinschätzungsbogen gemeinsam mit dem Antragsformular und den erforderlichen Unterlagen (am Antragsformular angeführt) in den dafür angegeben 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** |

**Persönliche Daten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titel/Nachname |  | Geburtsdatum |  |
| Vorname |  | Grad der Behinderung |  |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Behinderung** |

|  |  |
| --- | --- |
| Meine Behinderung/Erkrankung |  |

|  |
| --- |
| Welche konkreten bzw. speziellen Auswirkungen hat die Behinderung/Erkrankung auf meinen Hilfe- und Assistenzbedarf:(z.B. Beatmung, Absaugen, Umlagern/Positionieren, Spasmen, dauerhafte Schmerzen, PEG-Sonde, Toilettentransfer, Sinnesbehinderung, Beweglichkeit der Arme/Beine) |

|  |
| --- |
|  |
| **Derzeitige Lebenssituation** |

|  |
| --- |
| **Meine 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.

|  |
| --- |
|  |
| **Meine derzeitige Unterstützungsform** |

Beschreiben Sie hier, wie Sie sich derzeit bzw. bislang den 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?

|  |
| --- |
|  |
| **Zielbeschreibung** |

|  |
| --- |
| **Ziele in Bezug auf ein Leben mit Persönlicher Assistenz** |

|  |
| --- |
| Was sind die 4-5 Ziele und Veränderungen, die Sie mit Hilfe von Persönlicher Assistenz erreichen wollen? |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Ziele: Privatleben bzw. Wohnsituation |  |
| Ziele: Beruf (umfasst auch Aus- und Weiterbildung |  |
| Ziele: Freizeit |  |
| Ziele: Körper/Gesundheit |  |

 |
| **Persönlicher Assistenzbedarf** |

|  |
| --- |
| **Mein Assistenzbedarf** |

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

* Basic needs
* Haushalt
* gesellschaftliches Leben
* Erhaltung der Gesundheit

Bemerkungen/Erläuterungen/Besonderheiten/Auffälligkeiten:

|  |
| --- |
| Tragen Sie in diesen Feldern ein, was Ihnen als Ergänzung zur Aufzählung bzw. zu den Zeitangaben wichtig ist. Wir empfehlen Ihnen, dass Sie hier Abweichungen beschreiben, die einen besonders hohen oder hohen Bedarf an Persönlicher Assistenz erklären.Beschreiben Sie hier, in welchem Stundenausmaß Sie Persönliche Assistenz benötigen. Beschreiben Sie ihren Alltag mit Persönlicher Assistenz ausführlich, am besten anhand Ihres Tagesablaufes. |

Beschreiben Sie hier, in welchem Stundenausmaß Sie Persönliche Assistenz benötigen. Beschreiben Sie Ihren Alltag mir Persönlicher Assistenz ausführlich, am besten anhand des Tagesablaufes.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Mein Assistenzbedarf – „basic needs“ (Grundbedürfnisse) |

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

|  |
| --- |
| Ich brauche Assistenzleistungen:Zutreffendes bitte ankreuzen: |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Aufstehen, Morgentoilette, Anziehen, etc |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Essen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei der Abendtoilette und beim ins Bett gehen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  während der Nachtruhe |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |

 |

Bitte tragen Sie den durchschnittlichen Assistenzbedarf ein.

Nur für Assistenztätigkeiten, die nicht täglich anfallen, stehen Ihnen die Spalten „Pro Woche“ bzw. „Pro Monat“ zur Verfügung. Sollten derartige Stunden bzw. sonstige Besonderheiten anfallen, begründen Sie diese im Feld Bemerkungen, Erläuterungen, Besonderheiten und Auffälligkeiten.

|  |
| --- |
| Mein durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Grundbedürfnisse): |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Pro Wochentag(MO-FR) | Pro Wochenend-Tag (SA-SO) | Pro Woche | Pro Monat |

 |
| Bemerkungen/Erläuterungen/Besonderheiten/Auffälligkeiten: |
|  |
| Mein Assistenzbedarf – im Haushalt |

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

|  |
| --- |
| Ich brauche Assistenzleistung:Zutreffendes bitte ankreuzen: |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Wäsche waschen, Bügeln, Einräumen,… |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei „kleineren“ Reinigungsarbeiten |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei „größeren“ Reinigungsarbeiten“ (Fenster putzen,…) |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Aufräumen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Einkaufen der „kleineren“ alltäglichen Dingen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Kochen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Einkauf der „größeren“ Dinge |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei kleineren Reparaturarbeiten |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei der Versorgung von Haustieren bzw. Pflanzen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei der Wartung und Pflege des Autos und sonstiger Fahrzeuge (z.B. Rollstuhl) |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |

 |

Bitte tragen Sie den durchschnittlichen Assistenzbedarf ein.

Nur für Assistenztätigkeiten, die nicht täglich anfallen, stehen Ihnen die Spalten „Pro Woche“ bzw. „Pro Monat“ zur Verfügung. Sollten derartige Stunden bzw. sonstige Besonderheiten anfallen, begründen Sie diese im Feld Bemerkungen, Erläuterungen, Besonderheiten und Auffälligkeiten.

|  |
| --- |
| Mein durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Grundbedürfnisse): |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Pro Wochentag(MO-FR) | Pro Wochenend-Tag (SA-SO) | Pro Woche | Pro Monat |

 |
| Bemerkungen/Erläuterungen/Besonderheiten/Auffälligkeiten: |
|  |
| 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: |
|

|  |
| --- |
|[ ]  während Veranstaltungen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei sportlichen Aktivitäten  |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei „Freizeitwegen“ |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei freizeitbedingten Erledigungen, sowie bei Wegen zu Post, Bank, Versicherung,… |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  im Rahmen einer Elternschaft |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei ehrenamtlichen Tätigkeiten |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  beim Bekochen und Bewirten von Gästen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  auf Urlaubsreisen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  zu Hause in der Freizeit |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |

 |

Bitte tragen Sie den durchschnittlichen Assistenzbedarf ein.

Beachten Sie bitte, dass nur jene Zeitangaben notwendig sind, die durch zusätzliche Tätigkeiten anfallen und noch nicht durch die unter Grundbedürfnisse und Haushalt genannten Punkte abgedeckt sind. Hier kann sein, dass im Feld „pro Tag“ keine Stunden anfallen.

|  |
| --- |
| Mein durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Grundbedürfnisse): |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Pro Wochentag(MO-FR) | Pro Wochenend-Tag (SA-SO) | Pro Woche | Pro Monat |

 |
| Bemerkungen/Erläuterungen/Besonderheiten/Auffälligkeiten: |
|  |
| 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 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei medizinisch notwendigen Versorgungen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  Begleitung zu Arztbehandlungen, Therapiebehandlungen, bei Arztwegen,… |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  im Falle von Krankheit |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  Begleitung bei Behördenwegen |

 |
|

|  |
| --- |
|[ ]  bei der Besorgung, Wartung und Reinigung von Hilfsmitteln |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Sonstiges nämlich  |  |

 |

Bitte tragen Sie den durchschnittlichen Assistenzbedarf ein.

Beachten Sie bitte, dass nur jene Zeitangaben notwendig sind, die durch zusätzliche Tätigkeiten anfallen und noch nicht durch die unter Grundbedürfnisse und Haushalt genannten Punkte abgedeckt sind. Hier kann sein, dass im Feld „pro Tag“ keine Stunden anfallen.

|  |
| --- |
| Mein durchschnittlicher Assistenzbedarf in Stunden (Grundbedürfnisse): |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Pro Wochentag(MO-FR) | Pro Wochenend-Tag (SA-SO) | Pro Woche | Pro Monat |

 |
| Bemerkungen/Erläuterungen/Besonderheiten/Auffälligkeiten: |
|  |
| **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 „Bemerkung“ weitere Angaben über Ihren Bedarf an Persönlicher Assistenz machen.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ergibt einen Assistenzbedarf von: | pro Monat  |

|  |
| --- |
| Bemerkungen/ Erläuterungen/ Besonderheiten/ Auffälligkeiten |
|  |

|  |
| --- |
| **Mein „Alltag“ mit Persönlicher Assistenz soll folgendermaßen aussehen** |

Um ein realistisches Bild eines Alltags mit Persönlicher Assistenz zu bekommen, geben Sie bitte an, wie ein durchschnittlicher Tag in etwa organisiert werden soll. Diese Angaben sollten mit dem ermittelten Assistenzbedarf ungefähr im Einklang sein. Gelegentliche und/oder außerordentliche Aktivitäten werden hier nicht eingetragen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geplante Struktur  |  | Stundenanzahl pro Tag | Durchschnittlich oft pro Woche | Stunden pro Wochen |
|  | in der Früh |  |  |  |
|  | Vormittags |  |  |  |
| MO - FR | zu Mittag |  |  |  |
|  | Nachmittags |  |  |  |
|  | am Abend |  |  |  |
|  | in der Nacht |  |  |  |
| Gesamtstunden  | pro MonatMO - FR  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geplante Struktur  |  | Stundenanzahl pro Tag | Durchschnittlich oft pro Woche | Stunden pro Wochen |
|  | in der Früh |  |  |  |
|  | Vormittags |  |  |  |
| SA - SO | zu Mittag |  |  |  |
|  | Nachmittags |  |  |  |
|  | am Abend |  |  |  |
|  | in der Nacht |  |  |  |
| Gesamtstunden  | pro MonatSA - SO  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gesamt | Stunde pro Monat |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PA bewilligte Wochenstunden |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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* Zu Hause
* Am Arbeitsplatz
* Universität
* Sonstiger Ort
 | [ ]  ja [ ]  nein[ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein[ ]  ja [ ]  nein |  |
| Ankleiden/Kleidung herrichten/Auskleiden | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Einnahme von Mahlzeiten | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Zubereiten von Mahlzeiten | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Toilettengang; Inkontinenzversorgung | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Unterstützung bei Pausen  | [ ]  ja [ ]  nein  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stunden pro Woche |  |  |

|  |
| --- |
| **Mobilität am Arbeits- und Ausbildungsplatz** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Assistenzbedarf | Falls aus Ihrer Sicht Bemerkungen notwendig sind |
| Hilfe bei Transport (Rollstuhl schieben, Tür öffnen,…) | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Hilfe bei Transfers (Rollstuhl-WC, Rollstuhl-Sessel) | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Mobilitätshilfe notwendig | [ ]  ja [ ]  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)? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Lagerungswechsel in der Nacht | [ ]  ja [ ]  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 | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Begleitung bei Arztbesuchen | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Begleitung zu Therapien | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Begleitung zu Fortbildungen, beruflichen Terminen usw. | [ ]  ja [ ]  nein |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stunden pro Woche |  |  |

|  |
| --- |
| **Assistenzbedarf am Arbeitsplatz pro Woche gesamt** |

|  |
| --- |
| **Beschreibung des Assistenzbedarf am Arbeitsplatz** |

|  |
| --- |
|  |