

# Gesuch für ambulante Leistungen

## 1. Angaben zur Person und Kontaktdaten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Sozialversicherungs-Nr. |  |
| Telefon |  |  | |
| E-Mail |  |  |  |
| **Zivilrechtlicher Wohnsitz** (da bin ich angemeldet, registriert) | |  | |
| Strasse, Nr. |  | PLZ, Ort |  |
| angemeldet seit |  |  |  |
| **Korrespondenzadresse** (falls abweichend vom zivilrechtlichen Wohnsitz) | | | |
| Strasse, Nr. |  | PLZ, Ort |  |

## 2. Beistandschaftliche Massnahme

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Keine Beistandschaft | Andere Beistandschaft | | |
|  | Umfassende Beistandschaft |  | |  |
| **Kontaktdaten der Beistandschaft** | |  | | |
| Name |  | Vorname |  | |
| Firma |  | | | |
| Strasse, Nr. |  | PLZ, Ort |  | |
| Telefon |  | E-Mail |  | |
| *Bitte legen Sie eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.* | | | | |

## 3. Weitere Angaben zur Person

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Invalidität (Art der Sozialleistung)** | |  | | |
|  | IV-Rente | | nicht invalid |  |
|  | IV-Rentenentscheid pendent | | IV-Taggeld |  |
|  | invalid gemäss ATSG (keine Rente) | | AHV-Rente |  |
|  | Sozialhilfe | | Sonstige: | |
|  | |  | | |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie des aktuellen IV- oder AHV-Rentenentscheids****, der* ***Empfangsbestätigung*** *bei Neuanmeldung zur IV-Rente, der Verfügung des* ***IV-Taggelds*** *oder des Schreibens betreffend* ***berufliche Massnahmen*** *bei.* | | | | |
| **Hauptbehinderungsart** | |  | | |
|  | Körperliche Behinderung | | geistige Behinderung | |
|  | Suchtbehinderung | | Sinnesbehinderung |  |
|  | Autismus | | Psychische Behinderung | |
|  | Hirnverletzung | | Sonstige: | |
| **Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung (HE) der IV, der AHV, der Unfall- oder der Militärversicherung?** | | | | |
|  | Ja | | Nein (Antrag abgelehnt) | |
|  | Antrag pendent | | Nein (kein Antrag gestellt) | |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie der aktuellen Verfügung der Hilflosenentschädigung*** *bei.* | | | | |
| **Erhalten Sie einen Assistenzbeitrag der IV?** | | | | |
|  | Ja | | Nein (Antrag abgelehnt) | |
|  | Antrag pendent | | Nein (kein Antrag gestellt) | |
| *Bitte legen Sie eine* ***Kopie der aktuellen Verfügung des Assistenzbeitrags bei.*** | | | | |
|  | | | | |

## 4. Beabsichtigter Leistungsbezug

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welche ambulante(n) Leistung(en) möchten Sie beziehen?** | | | | |
|  | ambulantes Wohnen | ambulantes Arbeiten | |  |
| **Ab wann möchten Sie die Leistung(en) beziehen?** | | | | |
| Vorgesehenes Datum | | | | |
| *Hinweis: Wenn Sie bereits wissen, bei welchem Anbieter Sie die Leistungen beziehen möchten, füllen Sie bitte dazu folgende Angaben aus.* | | | | |
| **Wo möchten Sie die Leistung(en) beziehen?** | |  | | |
| Name Leistungserbringer |  | Ansprechperson |  | |
| Strasse, Nr. |  | PLZ, Ort |  | |
| Telefon |  | Fax |  | |
| Abteilung/Standort |  | E-Mail |  | |

## 5. Bestätigung und Unterschrift

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Die/Der Unterzeichnende bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Sie/Er verpflichtet sich, allfällige Änderungen unverzüglich der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (siehe unten) zu melden.  Mit der Unterzeichnung dieses Formulars wird die Dienststelle Soziales und Gesellschaft (siehe unten) ermächtigt, die für die Abklärung der Bedarfsermittlung erforderlichen Auskünfte bei den Organen der Sozialversicherungen einzuholen sowie den in dieser Anmeldung benannten Leistungserbringer über den Stand und das Ergebnis der Bedarfsermittlung zu informieren. | | | |
| **Unterschriftsberechtige Person** | |  | |
| Name, Vorname |  | Ort, Datum |  |
| Unterschrift |  |  |  |

## 6. Versand

|  |  |
| --- | --- |
| **Beilagen (es ist ausreichend jeweils nur die aktuellste Version einzureichen)** | |
| Kopie IV- oder AHV-Rentenentscheid / Empfangsbestätigung IV-Anmeldung / Verfügung Taggeld / berufliche Massnahmen | |
| Kopie Verfügung Hilflosenentschädigung | |
| Kopie Verfügung Assistenzbeitrag | |
| Kopie Ernennungsurkunde der Beistandschaft | |
|  |  |
| *Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post an*  **Dienststelle Soziales und Gesellschaft**  **Behinderung und Diversität**  **Rösslimattstrasse 37**  **Postfach 3439**  **6002 Luzern**  Bei Fragen wenden Sie sich gerne telefonisch (041 228 57 25) oder per E-Mail ([mara.mathis@lu.ch](mailto:mara.mathis@lu.ch)) an uns ([www.disg.lu.ch](http://www.disg.lu.ch/)). | |