

Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG)

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

<input type="checkbox"/> Keine Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Andere Beistandschaft
<input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft	
Kontaktdaten der Beistandschaft	
Name	Vorname
Firma	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
<i>Bitte legen Sie eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.</i>	

3. Weitere Angaben zur Person

Angaben zur Invalidität (Art der Sozialleistung) (Wählen Sie eine oder mehrere der vorgeschlagenen Optionen aus.)	
<input type="checkbox"/> IV-Rente	<input type="checkbox"/> nicht invalid
<input type="checkbox"/> IV-Rentenentscheid pendent	<input type="checkbox"/> IV-Taggeld
<input type="checkbox"/> invalid gemäss ATSG (keine Rente)	<input type="checkbox"/> AHV-Rente
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<i>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.</i>	
Hauptbehinderungsart (Wählen Sie eine der vorgeschlagenen Optionen aus.)	
<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
<input type="checkbox"/> Suchtbehinderung	<input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Psychische Behinderung
<input type="checkbox"/> Hirnverletzung	<input type="checkbox"/> Sonstige:
Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung (HE) der IV, der AHV, der Unfall- oder der Militärversicherung? (Wählen Sie eine der vorgeschlagenen Optionen aus.)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Antrag abgelehnt)
<input type="checkbox"/> Antrag pendent	<input type="checkbox"/> Nein (kein Antrag gestellt)
<i>Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellen Verfügung der Hilflosenentschädigung bei.</i>	
Erhalten Sie einen Assistenzbeitrag der IV? (Wählen Sie eine der vorgeschlagenen Optionen aus.)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Antrag abgelehnt)
<input type="checkbox"/> Antrag pendent	<input type="checkbox"/> Nein (kein Antrag gestellt)
<i>Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellen Verfügung des Assistenzbeitrags bei.</i>	

4. Beabsichtigter Leistungsbezug

Welche ambulante(n) Leistung(en) möchten Sie beziehen? (Wählen Sie eine oder mehrere der vorgeschlagenen Optionen aus.)

- 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.

Unterschriftsberechtigte Person

Name, Vorname Ort, Datum

Unterschrift

6. Versand

Beilagen (es ist ausreichend jeweils nur die **aktuellste** Version einzureichen) (Wählen Sie eine oder mehrere der vorgeschlagenen Optionen aus.)

- 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) an uns (www.disg.lu.ch).