



SEBE-Fragebogen

Der SEBE-Fragebogen ist Teil 2 Ihres Antrags für Begleitung und Betreuung bei SEBE. Sagen Sie uns, welche Unterstützung Sie für ein möglichst selbstbestimmtes Leben brauchen. Die Abklärungsstelle klärt mit diesen Angaben ab, wie viele Stunden Begleitung und Betreuung SEBE bezahlen kann.

Der Fragebogen ist so aufgebaut:

Ihre Angaben

Hier geht es um Ihre Personendaten und Angaben zu Ihrer Behinderung.

Beteiligte Personen

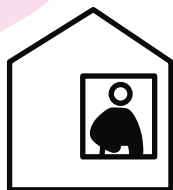
Hier geht es um Fragen wie: Füllen Sie den Fragebogen selbst aus?
Wer hilft Ihnen beim Ausfüllen? Wer füllt die ergänzende Sicht aus?

Selbstbestimmte Lebensgestaltung

Hier geht es um Fragen wie: Was ist Ihnen wichtig?
Was möchten Sie ausprobieren?

Unterstützung in 4 Bereichen

Hier geht es um Fragen wie: Welche Unterstützung brauchen Sie? Welche Unterstützung bekommen Sie aktuell? Es gibt Fragen zu diesen 4 Bereichen:



Wohnen



Gesundheit und
Selbstfürsorge



Familie, Freundschaft
und Sexualität



Freizeit

Aktuelle Leistungen und Hilfsmittel

Hier geht es um Fragen wie: Welche Leistungen und Hilfsmittel erhalten Sie bereits? Zum Beispiel von einer Organisation wie der Spitex.

Abschluss

Hier bekommen Sie Informationen zum Datenschutz und zum weiteren Vorgehen. Sie und die Verfasser/in der ergänzenden Sicht müssen hier unterschreiben.



Tipps zum Ausfüllen

Sie können **«selbstbestimmte Lebensgestaltung»** für sich ausfüllen.
Hier kommentiert keine andere Person.

Sie können **«Unterstützung in 4 Bereichen»** in einer beliebigen Reihenfolge ausfüllen. Wenn Sie «Unterstützung in 4 Bereichen» ausgefüllt haben, lesen Sie nochmals «Selbstbestimmte Lebensgestaltung». Fehlt etwas?



Ergänzende Sicht: Die Person, welche die ergänzende Sicht ausfüllt, wird Ihren Fragebogen lesen. Sie kann Inhalte ergänzen. Das ist für die Abklärung wichtig. Zwei Personen denken an mehr. Die Person für die ergänzende Sicht wählen Sie selbst aus. Sie besprechen die Ergänzungen miteinander. Sie teilen danach mit, ob Sie mit den Ergänzungen einverstanden sind.

Weiteres: Können Sie etwas beim Ausfüllen nicht zuordnen oder wird nach etwas nicht gefragt? Dann können Sie das auf der Seite 25 des Fragebogens angeben.

Abschluss: Lesen Sie die Informationen zum Datenschutz. Sie und die Person für die ergänzende Sicht unterschreiben den Fragebogen. Laden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen auf SEBE Digital hoch.

Hinweis zu den Farben: Sie füllen die gelben Felder aus. Die ergänzende Sicht füllt die blauen Felder mit der Sprechblase aus.

Wir möchten Ihre Situation verstehen. Geben Sie im Fragebogen nur das an, was wir dafür wissen müssen. Schützen Sie Ihre Privatsphäre.



Haben Sie Fragen zum SEBE-Fragebogen? Oder brauchen Sie Unterstützung beim Ausfüllen oder Hochladen? Dann melden Sie sich bei einer Beratungsstelle. Hier finden Sie eine Liste mit allen Beratungsstellen im Kanton: www.zh.ch/sebe



Ihre Angaben

Angaben zu Ihrer Person

Nachname

Vorname

AHV-Nummer

Telefonnummer

E-Mail

Angaben zu Ihrer Behinderung

Bitte teilen Sie mit, mit welcher Behinderung Sie leben. Bitte kreuzen Sie an:

☐

Körperliche Behinderung

☐

Hirnverletzung

☐

Kognitive Behinderung

☐

Autismus-Spektrum

☐

Psychische Behinderung

☐

Suchtbehinderung

☐

Hörbehinderung

☐

komplexe Mehrfachbehinderung

☐

Sehbehinderung

☐

Andere (z. B. chronische Krankheit):

Gerne können Sie uns Ihre Behinderung näher beschreiben:



Beteiligte Personen

Unterstützende Personen

Beim Ausfüllen des Fragebogens haben mich die folgenden Personen unterstützt:

☐

keine (ich habe den Fragebogen allein ausgefüllt)

☐

Person 1

Nachname

Vorname

Telefonnummer

E-Mail

Die Person steht in der folgenden Beziehung zu mir:

☐

Angehörige, Nachbarn, Freunde usw.
(Privatperson)

☐

Fachperson in einer Institution
(z. B. Bezugsperson)

☐

Beistand, gesetzliche Vertretung

☐

Andere:

☐

Mitarbeitende einer Beratungsstelle



☐ **Person 2**

Nachname

Vorname

Telefonnummer

E-Mail

Die Person steht in der folgenden Beziehung zu mir:

☐ Angehörige, Nachbarn, Freunde usw.
(Privatperson)

☐ Fachperson in einer Institution
(z. B. Bezugsperson)

☐ Beistand, gesetzliche Vertretung

☐ Andere:

☐ Mitarbeitende einer Beratungsstelle

☐ **Der Mensch mit Behinderung kann oder will den Fragebogen auch mit Unterstützung nicht selbst ausfüllen oder sich daran beteiligen. Jemand anders hat den Fragebogen für den Menschen mit Behinderung ausgefüllt. Begründung (zwingend anzugeben):**

Wen sollen wir bei Rückfragen zum Fragebogen kontaktieren?

☐ Mich/Antragsteller/in

☐ Person 1

☐ Person 2



Ergänzende Sicht

Hinweise zur ergänzenden Sicht:

Die Abklärungsstelle muss Ihren Unterstützungsbedarf verstehen. Dafür muss sie mindestens eine ergänzende Sichtweise auf Ihre Situation kennen. Das ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 13 lit. a SLBG). Sie können entscheiden, wer diese ergänzende Sicht ausfüllt.

Die Person sollte Sie und Ihre Situation gut kennen (Bezugs- oder Vertrauensperson). Es muss keine Fachperson sein.

Beachten Sie: Die Person kann Ihren gesamten Fragebogen lesen.

Sie können Berichte oder Stellungnahmen von weiteren Personen beilegen (z. B. Arzt- oder Therapieberichte).

Diese Personen müssen Ihren Fragebogen nicht kennen. Laden Sie die Unterlagen gemeinsam mit dem ausgefüllten SEBE-Fragebogen auf SEBE Digital hoch.

Diese Person füllt die ergänzende Sicht aus

Nachname

Vorname

Telefonnummer

E-Mail

Die Person steht in der folgenden Beziehung zu mir:

☐

Angehörige, Nachbarn, Freunde usw.
(Privatperson)

☐

Fachperson in einer Institution
(z. B. Bezugsperson)

☐

Beistand, gesetzliche Vertretung

☐

Andere:

☐

Mitarbeitende einer Beratungsstelle



Selbstbestimmte Lebensgestaltung

Auf den nächsten zwei Seiten schreiben Sie, was Ihnen im Leben wichtig ist. Sie schreiben auch, was Sie verändern, ausprobieren oder beibehalten möchten. So soll die Abklärungsstelle Ihre Situation möglichst gut verstehen. Diese beiden Seiten werden von der ergänzenden Sicht **nicht** kommentiert.

Das ist mir wichtig beim Wohnen. Bitte beschreiben Sie Ihre Wohnsituation:

Das ist mir wichtig für meine Gesundheit und Selbstfürsorge. Bitte beschreiben Sie Ihre gesundheitliche Situation:



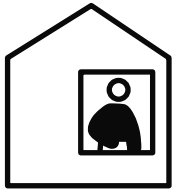
Das ist mir wichtig in Familie, Freundschaft und Sexualität. Bitte beschreiben Sie Ihre Situation:

Das ist mir wichtig in meiner Freizeit. Bitte beschreiben Sie Ihre Situation:

Das ist mir sonst noch wichtig:



Unterstützung in 4 Bereichen



Wohnen

☐ Ich brauche in diesem Bereich **keine** Unterstützung.
Gehen Sie weiter zum nächsten Bereich.

☐ Ich **brauche** in diesem Bereich Unterstützung.

Bei welcher der unten genannten Tätigkeiten brauchen Sie Unterstützung?

Bitte geben Sie an, was auf Sie zutrifft. Ergänzen Sie, was fehlt.

Wohnen

	Ich kann das allein	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 mich um den Haushalt kümmern	☐	☐	☐	☐
2 Einkaufen	☐	☐	☐	☐
3 Kochen, Essen zubereiten	☐	☐	☐	☐
4 Termine abmachen und wahrnehmen	☐	☐	☐	☐
5 Post und Rechnungen	☐	☐	☐	☐
6 Umgang mit Nachbarn und Personen im direkten Wohnumfeld	☐	☐	☐	☐
7 Arbeitgeberaufwand im Assistenzbeitrag der IV	☐	☐	☐	☐
8 Anderes: 	☐	☐	☐	☐
9 Anderes: 	☐	☐	☐	☐



Wohnen: **Ich erhalte diese Unterstützung**

Sie haben auf dem vorherigen Blatt beschrieben, bei welchen Tätigkeiten Sie Unterstützung brauchen. Bitte beschreiben Sie nun, wer Sie unterstützt und wie. Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Welche Unterstützung erhalten Sie?

Wer unterstützt Sie?

☐

Angehörige

☐

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

☐

Assistenz

☐

Spitex

☐

Institution

☐

Andere:

--

Wie viele Stunden und Minuten?

Anzahl:

Stunden

Minuten

☐

pro Woche

☐

pro Monat



Wohnen: **Ich brauche in Zukunft diese Unterstützung**

☐ Es soll so bleiben

☐ Ich möchte etwas verändern

Z. B.: Ich brauche mehr Unterstützung oder weniger Unterstützung;
jemand anders soll mich unterstützen; ich brauche dauerhaft oder vorübergehend
eine neue Unterstützungsleistung.

Beschreiben Sie: Was möchten Sie ändern?

Wie viele Stunden und Minuten?

Wie viele Stunden und Minuten Unterstützung brauchen Sie insgesamt
(bisherige und neue Unterstützung)?

Geben Sie hier die Anzahl Stunden und Minuten an, die Sie in Zukunft insgesamt
benötigen. Also inklusive der Stunden und Minuten, die Sie bereits erhalten.

Anzahl: Stunden Minuten

☐ pro Woche

☐ pro Monat



Ergänzende Sicht zu den Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen:

☐

keine Anpassung

☐

ergänzender oder anderer Vorschlag:

Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

☐

einverstanden

☐

nicht einverstanden

Beispiel



Gesundheit und Selbstfürsorge

☐ Ich brauche in diesem Bereich **keine** Unterstützung.
Gehen Sie weiter zum nächsten Bereich.

☐ Ich **brauche** in diesem Bereich Unterstützung.

Bei welcher der unten genannten Tätigkeiten brauchen Sie Unterstützung?

Bitte geben Sie an, was auf Sie zutrifft. Ergänzen Sie, was fehlt.

Gesundheit und Selbstfürsorge

	Ich kann das allein	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 Körperpflege	☐	☐	☐	☐
2 Essen einnehmen	☐	☐	☐	☐
3 Medikamente	☐	☐	☐	☐
4 mich um mein Wohlbefinden kümmern	☐	☐	☐	☐
5 mit Belastungen umgehen, vorsorgen	☐	☐	☐	☐
6 mein Unterstützungsnetzwerk aktivieren	☐	☐	☐	☐
7 Anderes:	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
8 Anderes:	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐



Gesundheit und Selbstfürsorge: Ich erhalte diese Unterstützung

Sie haben auf dem vorherigen Blatt beschrieben, bei welchen Tätigkeiten Sie Unterstützung brauchen. Bitte beschreiben Sie nun, wer Sie unterstützt und wie. Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Welche Unterstützung erhalten Sie?

Wer unterstützt Sie?

☐

Angehörige

☐

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

☐

Assistenz

☐

Spitex

☐

Institution

☐

Andere:

--

Wie viele Stunden und Minuten?

Anzahl:

Stunden

Minuten

☐

pro Woche

☐

pro Monat



Gesundheit und Selbstfürsorge: **Ich brauche in Zukunft diese Unterstützung**

☐ Es soll so bleiben

☐ Ich möchte etwas verändern

Z. B.: Ich brauche mehr Unterstützung oder weniger Unterstützung;
jemand anders soll mich unterstützen; ich brauche dauerhaft oder vorübergehend
eine neue Unterstützungsleistung.

Beschreiben Sie: Was möchten Sie ändern?

Wie viele Stunden und Minuten?

Wie viele Stunden und Minuten Unterstützung brauchen Sie insgesamt
(bisherige und neue Unterstützung)?

Geben Sie hier die Anzahl Stunden und Minuten an, die Sie in Zukunft insgesamt
benötigen. Also inklusive der Stunden und Minuten, die Sie bereits erhalten.

Anzahl: Stunden Minuten

☐ pro Woche

☐ pro Monat



**Ergänzende Sicht zu den Unterstützungsleistungen im Bereich
Gesundheit und Selbstfürsorge:**

☐

keine Anpassung

☐

ergänzender oder anderer Vorschlag:

Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

☐

einverstanden

☐

nicht einverstanden

Beispiel



Familie, Freundschaft und Sexualität

☐ Ich brauche in diesem Bereich **keine** Unterstützung.
Gehen Sie weiter zum nächsten Bereich.

☐ Ich **brauche** in diesem Bereich Unterstützung.

Bei welcher der unten genannten Tätigkeiten brauchen Sie Unterstützung?

Bitte geben Sie an, was auf Sie zutrifft. Ergänzen Sie, was fehlt.

Familie, Freundschaft und Sexualität

	Ich kann das allein	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 Freundschaften suchen und pflegen	☐	☐	☐	☐
2 Partnerschaft suchen und pflegen	☐	☐	☐	☐
3 Umgang mit familiären Beziehungen	☐	☐	☐	☐
4 Sexualität leben	☐	☐	☐	☐
5 Kinder bekommen oder betreuen	☐	☐	☐	☐
6 Anderes: 	☐	☐	☐	☐
7 Anderes: 	☐	☐	☐	☐



Familie, Freundschaft und Sexualität: **Ich erhalte diese Unterstützung**

Sie haben auf dem vorherigen Blatt beschrieben, bei welchen Tätigkeiten Sie Unterstützung brauchen. Bitte beschreiben Sie nun, wer Sie unterstützt und wie. Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Welche Unterstützung erhalten Sie?

Wer unterstützt Sie?

☐

Angehörige

☐

Spitex

☐

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

☐

Institution

☐

Assistenz

☐

Andere:

--

Wie viele Stunden und Minuten?

Anzahl:

Stunden

Minuten

☐

pro Woche

☐

pro Monat



Familie, Freundschaft und Sexualität: **Ich brauche in Zukunft diese Unterstützung**

☐ Es soll so bleiben

☐ Ich möchte etwas verändern

Z. B.: Ich brauche mehr Unterstützung oder weniger Unterstützung;
jemand anders soll mich unterstützen; ich brauche dauerhaft oder vorübergehend
eine neue Unterstützungsleistung.

Beschreiben Sie: Was möchten Sie ändern?

Wie viele Stunden und Minuten?

Wie viele Stunden und Minuten Unterstützung brauchen Sie insgesamt
(bisherige und neue Unterstützung)?

Geben Sie hier die Anzahl Stunden und Minuten an, die Sie in Zukunft insgesamt
benötigen. Also inklusive der Stunden und Minuten, die Sie bereits erhalten.

Anzahl: Stunden Minuten

☐ pro Woche

☐ pro Monat



**Ergänzende Sicht zum Unterstützungsbedarf im Bereich Familie,
Freundschaft und Sexualität:**

☐

keine Anpassung

☐

ergänzender oder anderer Vorschlag:

Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

☐

einverstanden

☐

nicht einverstanden

Beispiel



Freizeit

☐ Ich brauche in diesem Bereich **keine** Unterstützung.
Gehen Sie weiter zum nächsten Bereich.

☐ Ich **brauche** in diesem Bereich Unterstützung.

Bei welcher der unten genannten Tätigkeiten brauchen Sie Unterstützung?

Bitte geben Sie an, was auf Sie zutrifft. Ergänzen Sie, was fehlt.

Freizeit	Ich kann das allein	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 Freizeit planen	☐	☐	☐	☐
2 etwas unternehmen, allein oder mit anderen	☐	☐	☐	☐
3 Ferien planen	☐	☐	☐	☐
4 in die Ferien gehen	☐	☐	☐	☐
5 Anderes:	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
6 Anderes:	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐



Freizeit: **Ich erhalte diese Unterstützung**

Sie haben auf dem vorherigen Blatt beschrieben, bei welchen Tätigkeiten Sie Unterstützung brauchen. Bitte beschreiben Sie nun, wer Sie unterstützt und wie. Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Welche Unterstützung erhalten Sie?

Wer unterstützt Sie?

☐

Angehörige

☐

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

☐

Assistenz

☐

Spitex

☐

Institution

☐

Andere:

--

Wie viele Stunden und Minuten?

Anzahl:

Stunden

Minuten

☐

pro Woche

☐

pro Monat



Freizeit: **Ich brauche in Zukunft diese Unterstützung:**

☐

Es soll so bleiben

☐

Ich möchte etwas verändern

Z. B.: Ich brauche mehr Unterstützung oder weniger Unterstützung;
jemand anders soll mich unterstützen; ich brauche dauerhaft oder vorübergehend
eine neue Unterstützungsleistung.

Beschreiben Sie: Was möchten Sie ändern?

Wie viele Stunden und Minuten?

Wie viele Stunden und Minuten Unterstützung brauchen Sie insgesamt
(bisherige und neue Unterstützung)?

Geben Sie hier die Anzahl Stunden und Minuten an, die Sie in Zukunft insgesamt
benötigen. Also inklusive der Stunden und Minuten, die Sie bereits erhalten.

Anzahl:

Stunden

Minuten

☐

pro Woche

☐

pro Monat



Ergänzende Sicht zum Unterstützungsbedarf im Bereich Freizeit:

☐

keine Anpassung

☐

ergänzender oder anderer Vorschlag:

Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

☐

einverstanden

☐

nicht einverstanden

Beispiel



Was ist sonst noch wichtig, um mich und meine Situation zu verstehen?

Vielleicht ist noch etwas anderes wichtig für Ihren Unterstützungsbedarf. Es gab dazu aber **keine** Frage oder es kam nicht zur Sprache. **Sie können das hier aufschreiben. Sie können auch Berichte beilegen.**

Ergänzende Sicht:

☐

keine Anpassung

☐

ergänzender oder anderer Vorschlag:



Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

☐

einverstanden

☐

nicht einverstanden



Aktuelle Leistungen und Hilfsmittel

Welche zusätzlichen Leistungen bekommen Sie? Bitte kreuzen Sie an:

☐ Zusatzleistungen /
Ergänzungsleistungen

☐ andere Leistungen:

☐ Spitex Haushalt

☐ Spitex Pflege

☐ Spitex Psychiatrie

☐ Wohnbegleitung

☐ ich erhalte keine zusätzlichen
Leistungen

Welche Hilfsmittel nutzen Sie aufgrund Ihrer Behinderung?

Ein Hilfsmittel ist zum Beispiel: ein Wochenplan, ein Rollstuhl oder ein Screen-Reader.

☐ keine

Ich nutze diese Hilfsmittel:

Sie können Unterlagen zu diesen Leistungen beifügen.

Laden Sie diese zusammen mit dem Fragebogen in SEBE Digital hoch.



Abschluss

Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Das Selbstbestimmungsgesetz fordert: Wir müssen Ihren individuellen Unterstützungsbedarf feststellen. Der SEBE-Fragebogen hilft uns dabei. Im Fragebogen stehen Ihre Personendaten. Sie geben uns zudem weitere Informationen über Sie. Wir brauchen diese Daten und Informationen. Nur dann können wir Ihren individuellen Unterstützungsbedarf klären und die SEBE-Leistungen bestimmen. Für Ihre Daten und Informationen gilt der Datenschutz. Das bedeutet: Wir geben Ihren Fragebogen nicht weiter.

Das ist wichtig: Wir dürfen Ihre Daten und Informationen verarbeiten und speichern. Sie haben dazu bereits Ja gesagt im ersten Teil vom SEBE-Antrag.

Unterschriften

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben im SEBE-Fragebogen.

Ort, Datum

Antragsteller/in

Ort, Datum

Unterschrift Verfasser/in ergänzende Sicht



Wie geht es weiter?

Bitte laden Sie den vollständig ausgefüllten SEBE-Fragebogen auf SEBE Digital hoch. Sie können dem Fragebogen auch weitere Dokumente beifügen, wenn diese für die Abklärungsstelle wichtig sind (z. B. Arzt- oder Therapieberichte).

Die SEBE-Abklärungsstelle liest Ihre Antworten und die Dokumente. Sie meldet sich danach bei Ihnen. Die SEBE-Abklärungsstelle meldet sich vielleicht auch bei Personen, die Sie im Fragebogen angegeben haben.



Haben Sie Fragen zum SEBE-Fragebogen? Oder brauchen Sie Unterstützung beim Ausfüllen oder Hochladen? Dann melden Sie sich bei einer Beratungsstelle. Hier finden Sie eine Liste mit allen Beratungsstellen im Kanton: www.zh.ch/sebe

Kantonales Sozialamt, SEBE-Abklärungsstelle, Röntgenstrasse 16, 8005 Zürich
www.zh.ch/sebe