

I. Vorlage

- zur Beschlussfassung
 als Bericht

Gremium

Sitzungsteil

Datum

	bisherige Beratungsfolge	Sitzungstermin	Abstimmungsergebnis				
			einst.	mit Mehrheit		Ja-Stimmen	Nein-Stimmen
				angen.	abgel.		
1							
2							
3							

Betreff

Persönliches Budget – eine neue Form der Hilfestellung für Menschen mit Behinderung

Zum Schreiben/Zur Vorlage der Verwaltung vom

Anlagen

Beschlussvorschlag

Von dem Vortrag von Frau Manuela Trendel, Bezirk Mittelfranken, nimmt der Beirat für Sozialhilfe, Sozial- und Seniorenangelegenheiten Kenntnis.

Sachverhalt

Unter dem **persönlichen Budget** versteht man jede Form der Hilfeleistung an Menschen mit Behinderungen, die sie in die Lage versetzt, ihren notwendigen Hilfebedarf durch den unmittelbaren Einkauf von Dienstleistungen zu decken. Das persönliche Budget ist eine Geldleistung, mit der ein Sachleistungsanspruch abgegolten wird. Der behinderte Mensch nimmt dabei nicht ein mehr oder weniger geschlossenes Angebot einer stationären bzw. teilstationären Einrichtung oder eines ambulanten Dienstes in Anspruch, sondern er tritt als Kunde oder Arbeitgeber seinen Helfern und Assistenten gegenüber oder er beauftragt Dritte bzw. Leistungsanbieter mit der Organisation der Hilfe nach seinen persönlichen Wünschen.

Mit dem „persönlichen Budget“ wird die starre Unterstützung durch Sachzuwendungen beendet und den Menschen mit Behinderungen werden mehr Eigenverantwortung übertragen. Das „persönliche Budget“ bedeutet eine Chance, die Selbstbestimmung und die Lebenszufriedenheit der behinderten Menschen zu verbessern.

Den Mitgliedern des Beirates für Sozialhilfe, Sozial- und Seniorenangelegenheiten wird Frau Manuela Trendel vom Bezirk Mittelfranken die neue Form der Hilfgewährung für Menschen mit Behinderung näher bringen.

Finanzielle Auswirkungen		jährliche Folgekosten	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Gesamtkosten	€		€
Veranschlagung im Haushalt		Budget-Nr. 50 510	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja	im	<input checked="" type="checkbox"/> Vwhh
bei Hst.			<input type="checkbox"/> Vmhh
wenn nein, Deckungsvorschlag:			
Zustimmung der Käm		Beteiligte Dienststellen:	
liegt vor:	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> RpA	<input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/>
Beteiligung der Pflegerin/des Pflegers erforderlich:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Pflegerin/Pfleger wurde beteiligt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

II. POA/SD zur Versendung mit der Tagesordnung

III. Ref. IV/SzA

Fürth, 25.10.2006

Unterschrift des Referenten

Sachbearbeiter/in:
Herr Lippmann

Tel.:
974-1760