



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:

Beteiligte Personen

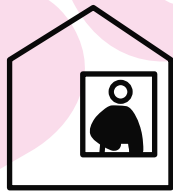
Hier geht es um Fragen wie: Füllen Sie den Fragebogen selbst aus? Wer hilft Ihnen beim Ausfüllen? Wer füllt die ergänzende Sicht aus?

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 heute? Es gibt Fragen zu diesen 4 Bereichen:



Wohnen



Familie,
Freundschaft
und Sexualität



Gesundheit und
Selbstfürsorge



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 geht es um zusätzliche Informationen. Zum Beispiel: Stimmen Ihre Personendaten? Mit welcher Behinderung soll sich Ihre Abklärungs-Fachperson auskennen?

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. Sie können Ihre Antworten immer wieder ändern. Wenn Sie «Unterstützung in 4 Bereichen» ausgefüllt haben, lesen Sie nochmals «Selbstbestimmte Lebensgestaltung». Fehlt etwas?



Ergänzende Sicht: In diesen Feldern ergänzt eine Person, was Sie geschrieben haben. 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 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 24 des Fragebogens angeben.

Abschluss: Prüfen und ergänzen Sie Ihre Angaben auf den Seiten 26–28 sorgfältig. 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 müssen 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



Beteiligte Personen

Unterstützende Personen

Beim Ausfüllen des Fragebogens haben mich die folgenden Personen unterstützt:

keine (ich habe den Fragebogen alleine 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 Bogen 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 oder bewertet.

Das ist mir wichtig beim Wohnen:

Das ist mir wichtig in Beziehung und Familie:



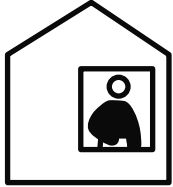
Das ist mir wichtig für meine Gesundheit und Selbstfürsorge:

Das ist mir wichtig in meiner Freizeit:

Das ist mir sonst noch wichtig:



Unterstützung in 4 Bereichen



Wohnen: **Ich brauche diese Unterstützung**

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

Bitte beschreiben Sie Ihre Wohnsituation. Wir möchten Ihre Situation und Ihren Unterstützungsbedarf verstehen. Was müssen wir darüber wissen?



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 alleine	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 mich um den Haushalt kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Kochen, Essen zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Post, Rechnungen, Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Umgang mit Nachbarn und Personen im direkten Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
6 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Sicht zum Unterstützungsbedarf im Bereich Wohnen:

keine Anpassung

ergänzender oder anderer Vorschlag:



Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

einverstanden

nicht einverstanden



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. Möchten Sie, dass sich etwas ändert? Oder soll alles so bleiben, wie es ist? Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Wer unterstützt Sie derzeit?

Angehörige

Spitex

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

Institution

Assistenz

andere:

Welche Unterstützung erhalten Sie?

(Was tut diese Stelle oder Person, wie unterstützt sie Sie?)

Wie viele Stunden?

Anzahl:

pro Woche

tagsüber

pro Monat

in der Nacht



Welche Unterstützung möchten Sie für die Zukunft?

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?

Geben Sie nach Möglichkeit an: Wer soll Sie in Zukunft unterstützen?
Wie und in welchem Umfang?

Ergänzende Sicht zu den Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen:

keine Anpassung

ergänzender oder anderer Vorschlag:



Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

einverstanden

nicht einverstanden



Familie, Freundschaft und Sexualität: Ich brauche diese Unterstützung

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

**Bitte beschreiben Sie Ihre Situation im Bereich Familie, Freundschaft und Sexualität.
Wir möchten Ihre Situation und Ihren Unterstützungsbedarf verstehen.
Was müssen wir darüber wissen?**



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 alleine	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 Freundschaften suchen und pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
2 Partnerschaft suchen und pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
3 Umgang mit familiären Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
4 Sexualität leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
5 Kinder bekommen oder betreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
6 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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. Möchten Sie, dass sich etwas ändert? Oder soll alles so bleiben, wie es ist? Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Wer unterstützt Sie derzeit?

Angehörige

Spitex

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

Institution

Assistenz

andere:

Welche Unterstützung erhalten Sie?

(Was tut diese Stelle oder Person, wie unterstützt sie Sie?)

Wie viele Stunden?

Anzahl:

pro Woche

tagsüber

pro Monat

in der Nacht



Welche Unterstützung möchten Sie für die Zukunft?

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?

Geben Sie nach Möglichkeit an: Wer soll Sie in Zukunft unterstützen?
Wie und in welchem Umfang?

Ergänzende Sicht zu den Unterstützungsleistungen im Bereich Familie, Freundschaft und Sexualität:



keine Anpassung

ergänzender oder anderer Vorschlag:

Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

einverstanden

nicht einverstanden



Gesundheit und Selbstfürsorge: Ich brauche diese Unterstützung

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

**Bitte beschreiben Sie Ihre Situation im Bereich Gesundheit und Selbstfürsorge.
Wir möchten Ihre Situation und Ihren Unterstützungsbedarf verstehen.
Was müssen wir darüber wissen?**



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 alleine	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 mich um mein Wohlbefinden kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
4 mit Belastungen umgehen, vorsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
5 mein Unterstützungsnetzwerk aktivieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Sicht zum Unterstützungsbedarf im Bereich Gesundheit und Selbstfürsorge:



keine Anpassung

ergänzender oder anderer Vorschlag:

Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

einverstanden

nicht einverstanden



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. Möchten Sie, dass sich etwas ändert? Oder soll alles so bleiben, wie es ist? Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Wer unterstützt Sie derzeit?

Angehörige

Spitex

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

Institution

Assistenz

andere:

Welche Unterstützung erhalten Sie?

(Was tut diese Stelle oder Person, wie unterstützt sie Sie?)

Wie viele Stunden?

Anzahl:

pro Woche

tagsüber

pro Monat

in der Nacht



Welche Unterstützung möchten Sie für die Zukunft?

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?

Geben Sie nach Möglichkeit an: Wer soll Sie in Zukunft unterstützen?
Wie und in welchem Umfang?

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



Freizeit: **Ich brauche diese Unterstützung**

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

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

Bitte beschreiben Sie Ihre Situation im Bereich Freizeit. Wir möchten Ihre Situation und Ihren Unterstützungsbedarf verstehen. Was müssen wir darüber wissen?



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 alleine	Ich brauche manchmal Unterstützung	Ich brauche immer Unterstützung	Jemand muss das stellvertretend für mich machen
1 etwas unternehmen, allein oder mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
2 erkunden, was mich interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
3 aktiv sein, z. B. in Verein, Sportverein, Partei, Kirche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
4 Ferien planen, in die Ferien gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Sicht zum Unterstützungsbedarf im Bereich Freizeit:

keine Anpassung ergänzender oder anderer Vorschlag:



Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

einverstanden **nicht** einverstanden



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. Möchten Sie, dass sich etwas ändert? Oder soll alles so bleiben, wie es ist? Verwenden Sie so viele Blätter, wie Sie benötigen, um alles zu beschreiben.

Wer unterstützt Sie derzeit?

Angehörige

Spitex

Freunde, Nachbarn, privates Umfeld

Institution

Assistenz

andere:

Welche Unterstützung erhalten Sie?

(Was tut diese Stelle oder Person, wie unterstützt sie Sie?)

Wie viele Stunden?

Anzahl:

pro Woche

tagsüber

pro Monat

in der Nacht



Welche Unterstützung möchten Sie für die Zukunft?

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?

Geben Sie nach Möglichkeit an: Wer soll Sie in Zukunft unterstützen?
Wie und in welchem Umfang?

Ergänzende Sicht zu den Unterstützungsleistungen im Bereich Freizeit:

keine Anpassung

ergänzender oder anderer Vorschlag:



Mit der ergänzenden Sicht bin ich:

einverstanden

nicht einverstanden



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

Dazu gehören zum Beispiel bisherige Erfahrungen oder Vorgeschichten, wichtige Beeinträchtigungen, persönliche Eigenschaften oder Lebensweisen usw.

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 Leistungen und Hilfsmittel erhalten Sie bereits? Bitte kreuzen Sie an:

Zusatzleistungen

keine dieser Leistungen

Haushalts-Spitex

Psychiatrie-Spitex

Pflege-Spitex

andere:

Intensivpflegezuschlag

Welche Hilfsmittel nutzen Sie aufgrund Ihrer Behinderung?

keine

Ich nutze diese Hilfsmittel:

Sie können Unterlagen zu diesen Leistungen beifügen.

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



Abschluss

Ihre Angaben

Diese Daten haben Sie uns schon angegeben. Sind diese Angaben noch korrekt?
Korrigieren Sie, wenn etwas nicht stimmt.

Angaben zu Ihrer Person

Nachname:

Muster

Vorname:

Anna

AHV- Nummer:

756.XXXX.XXXX.XX

Telefonnummer:

043 XXX XX XX

E-Mail:

muster@muster.ch

Rentenleistungen und Assistenzbeiträge

Invalidenversicherung:

IV-Rente

IV angemeldet

keine IV

Unfallversicherung:

UV-Rente

UV angemeldet

keine UV

Militärversicherung:

MV-Rente

MV angemeldet

keine MV

Hilflosenentschädigung:

keine

leicht

mittel

schwer

Assistenzbeitrag der IV:

ist bewilligt im Umfang von

Stunden

beantragt

abgelehnt



Beiständin oder Beistand

Nein

Ja

Nachname:

Vorname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Hinweis für die Abklärung

Eine Abklärungsfachperson liest Ihren Fragebogen. Womit sollte sie sich besonders auskennen? Bitte kreuzen Sie an:

Körperliche Behinderung

Hirnverletzung

Kognitive Behinderung

Autismus-Spektrum-Störung

Psychische Behinderung

Suchtbehinderung

Hörbehinderung

Komplexe Mehrfachbehinderung

Sehbehinderung

andere:



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

