

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) für volljährige Personen

Grund der Beantragung	
<p>Wurde die oben genannte Leistung bereits von einem anderen Träger bewilligt oder abgelehnt?</p> <p>Oder</p> <p>Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Träger beantragt? ⇨</p> <p>Oder</p> <p>Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, erhalten (wann/wo – bitte Nachweis beifügen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, beantragt (wann/wo)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja (wann/wo/welche Leistung – wenn möglich, bitte Nachweis vorlegen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
Persönliche Verhältnisse	
Familienname, Vorname ⇨	
Geburtsname ⇨	
Geburtsdatum, Geburtsort ⇨	
Geschlecht ⇨	
Staatsangehörigkeit ⇨	
Familienstand ⇨	<p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend</p> <p>seit: _____</p>
Straße, Hausnummer ⇨	
Postleitzahl, Ort ⇨	
Telefonnummer ⇨	
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten? ⇨	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, unter folgender Anschrift:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Steueridentifikationsnummer ⇨	

Personen, die mit in Ihrem Haushalt leben: nicht getrenntlebende Ehe- bzw. Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft	⇒	<input type="checkbox"/> ja, Herr/Frau _____ <input type="checkbox"/> nein
unterhaltsberechtignte Kinder, die in Ihrem Haushalt leben	⇒	<input type="checkbox"/> ja, (Name und Alter) _____ _____ _____
		<input type="checkbox"/> nein
Ihre Bankdaten	⇒	<u>Kontoinhaber:</u>
		<u>Institut:</u>
		<u>IBAN:</u>
		<u>BIC:</u>

Für ausländische Staatsangehörige		
Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status? (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung...)	⇒	(Bitte Nachweise der Ausländerstelle vorlegen!)
Wann/warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	⇒	Datum der Einreise: _____ Grund der Einreise: _____ _____
Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt? Familiename, Vorname	⇒	
Straße, Hausnummer	⇒	
Postleitzahl, Ort	⇒	
Ist eine Rückkehr ins Heimatland beabsichtigt?	⇒	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich _____ <input type="checkbox"/> nein
Angaben zur rechtlichen Betreuung		
Haben Sie eine rechtliche Betreuerin/einen rechtlichen Betreuer, einen Beistand oder eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten?	⇒	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen!)
Familiename, Vorname	⇒	
Straße, Hausnummer	⇒	
Postleitzahl, Ort	⇒	
Telefonnummer	⇒	
Kranken- und Pflegeversicherung		
Wo sind Sie versichert? Bitte auch die Versicherungsnummer angeben	⇒	
Wie sind Sie versichert?	⇒	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine Zusatzversicherung bei _____

Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt? ⇒	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Pflegegrad? ⇒	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ (Bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein
Angaben zur Behinderung	
Art der Behinderung (welche Umstände und Tatsachen machen nach Ihrer Auffassung eine Leistungsgewährung erforderlich?) ⇒	(Wenn möglich, bitte aktuelle ärztliche Unterlagen vorlegen!) _____ _____ _____
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ⇒	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: Grad der Behinderung: _____ mit Merkzeichen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein (Bitte Nachweis beifügen!)
Ursache der Behinderung ⇒	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: _____
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung) ⇒	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ € / monatlich bzw. Abfindung von _____ € (Bitte Nachweis beifügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <input type="checkbox"/> nein
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung) ⇒	<input type="checkbox"/> ja, gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <input type="checkbox"/> nein (Bitte Nachweis beifügen!)

Angaben zu den Bedarfen für Unterkunft und Heizung in besonderen Wohnformen	
Wohnen Sie in einer besonderen Wohnform mit Betreuung über Tag und Nacht? ⇒	<input type="checkbox"/> ja (Bitte legen Sie Ihren Wohnraum- und Betrauungsvertrag mit Ihrer Einrichtung/Ihrem Anbieter vor!) <input type="checkbox"/> nein

Hinweise, Datenschutz

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. In diesem Zusammenhang weise ich auf die

- Datenschutzerklärung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO),

- Schweigepflichtsentbindung und
- Zustimmung zum Gesamt- / Teilhabeplanverfahren

hin. Diese erhalten Sie separat zum Antrag oder haben diese bereits bei einer ersten Kontaktaufnahme ausgefüllt.

Ferner weise ich darauf hin, dass regelmäßig ein automatisierter Datenabgleich nach § 118 SGB XII stattfindet. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Erklärung

Hiermit beantrage ich Eingliederungshilfeleistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Den Antragsvordruck zur Überprüfung meines Anspruches habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Wenn und solange ich Eingliederungshilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Es ist mir bekannt, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch).

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten oder Betreuers
