

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) für Kinder und Jugendliche

Antrag auf folgende Leistung(en):	
<p>Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Kostenträger bewilligt oder abgelehnt?</p> <p>Oder</p> <p>Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Kostenträger beantragt?</p> <p>Oder</p> <p>Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja (wann/wo) (Bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> nein</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ja (wann/wo) <input type="checkbox"/> nein</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ja (wann/wo/welche Leistung - wenn möglich, bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> nein</p> <hr/>
Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers (der/des Minderjährigen)	
Familiennamen	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)
Anschrift/PLZ/Wohnort	<hr/> <hr/>
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, unter folgender Anschrift:
Steueridentifikationsnummer	<hr/>

Persönliche Angaben zu den Eltern/Betreuungspersonen

Familienname	Elternteil /Betreuungsperson:	Elternteil /Betreuungsperson:
Ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
Anschrift/PLZ/Ort (wenn abweichend vom Kind/Jugendlichen)		
Sorgeberechtigt? Wenn Eltern nicht zusammen sorgeberechtigt: Bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer	_____	_____
E-Mail (freiwillig)	_____	_____

Angaben zu sonstigen Personensorgeberechtigten (nur auszufüllen, wenn Eltern nicht sorgeberechtigt sind)

Besteht eine Amtsvormundschaft oder eine Amtspflegschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Bitte Nachweis beifügen!)
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer und E-Mail (freiwillig)		

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung von _____ (Bitte Nachweis beifügen!) mit folgenden Merkmalen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein (Bitte Bescheid bei Erhalt vorlegen!)
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 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):
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <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 automatisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Erklärung:

Ich/wir versichere/n, dass ich/wir diesen Antragsvordruck zur Überprüfung meiner/unserer Ansprüche wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.

Solange Eingliederungshilfe gezahlt wird, ist jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Ich weiß/wir wissen, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollten unvollständige oder unwahre Angaben gemacht werden, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen sind zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch).

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)