

Antrag

auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder für von Behinderung bedrohte Menschen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch

Hiermit werden Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt, weil
(nähere Beschreibung des Bedarfs oder Wunsches):

Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kostenträger:
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kostenträger:

Ich beantrage die o. g. Leistung/en als Persönliches Budget.

1. Angaben zur Person

Name, Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	Aufenthaltsstatus:
Aufenthaltsgenehmigung (bitte Nachweis einreichen!) vom: _____ befristet bis: _____	
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> jüdische/r Emigrant/in	

Kinder: <input type="checkbox"/> Keine Anzahl: Davon in eigenem Haushalt lebend:
Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> alleine lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges: Seit:
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort/ggf. letzter Wohnort vor Aufnahme in der besonderen Wohnform oder Einrichtung:

2. Weitere Angaben

Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt. <input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am: <input type="checkbox"/> Ein Neustellungsantrag wurde gestellt am: <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom _____ durch _____, GdB: _____ <input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis: GdB: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom: _____ durch :
Schwerbehinderung - Merkmale <input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)

Krankenversicherung

Krankenkasse:
Mitgliedsnummer:

- freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert
 privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

- keine Einstufung Entlastungsbetrag
 Antrag/ Höherstufungsantrag wurde gestellt am:
 Antrag/ Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am:
 Eingestuft in Pflegegrad 1 2 3 4 5, Beginn der Anerkennung:

Weitere Leistungen, die in Anspruch genommen werden:

- Soziale Unterstützung
 Sozialberatung
 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
 Sozialpsychiatrischer Dienst
 Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)
 Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung
 Sonstige med. Rehabilitation (SGB V)
 Mobilitätshilfen (SGB XII)
 Sonstige Hilfen:

3. Vertretung/ Vollmacht

Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB (Bitte Nachweis einreichen!)

- ja nein eingeleitet

Aufgabenkreise:

- Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge
 Entgegennahme und Öffnen der Post Wohnungsangelegenheiten
 Vermögenssorge Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten
 Sonstige:

- Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht (Bitte Nachweis einreichen!)

Rechtliche Betreuung/ Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname:
Kontaktdaten:

Bei Bedarf: Weitere Bezugsperson/Person des Vertrauens

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

4. Prüfung der Ansprüche gegen Dritte

Anspruch auf Leistungen zum Lebensunterhalt (SGB XII)

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, Aktenzeichen:

Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, Aktenzeichen:

Anspruch auf Leistungen nach dem Wohngeldgesetz (Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, Aktenzeichen:

Anspruch nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, als Beschädigte/r Hinterbliebene/r Familienangehörige/r

Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, weil Arbeitsunfall Berufskrankheit

Anspruch auf Schadensersatz (Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, gegen

Anspruch auf Beihilfe nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein
 Ja, bei

Vorzulegende Unterlagen

- Fachärztliche Gutachten
- Therapeutenberichte
- Berichte der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse
- Mitteilung der Pflegekasse: Bewilligung des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI
- Schwerbehindertenausweis
- Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite)

Bitte nehmen Sie die beigefügte **Datenschutzerklärung** (Anlage 1) zur Kenntnis und senden diese unterschrieben an uns zurück.

Wir verweisen auf die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I. Wird der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60, 66 SGB I).

Die Unterzeichnenden nehmen hiermit die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung zur Kenntnis.

Die Unterzeichnenden versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der persönlichen Verhältnisse - werden dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift (der gesetzlichen Vertretung)