



ANTRAG

auf Leistungen der Eingliederungshilfe Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und Lebensführung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Für

Persönliche Angaben des/der Antragstellers/in

Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon)

erwerbsgemindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Pflegegrad <input type="text"/>	schwerbehindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - GdB <input type="text"/> Merkzeichen <input type="text"/>	krankenversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - bei Versicherung <input type="text"/>
--	---	--	---

Betreuer / Vormund Nein Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen und Urkunde beifügen

Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten)

Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:

Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten)

wird als Eingliederungshilfe beantragt:

Beschreibung der Hilfe (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

**Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers**

(§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht oder wurden beantragt (z.Bsp. bei der Krankenkasse)?

- Nein
 beantragt
 Ja

Falls Ja oder beantragt, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Falls Nein: Wurden in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

- Nein
 Ja

von _____ bis _____

und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?

- Nein
 Ja

 Falls Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den **zwei Monaten** vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter

Antragseingang: ergänzend, wenn Antrag im Bürgeramt entgegengenommen wird:

Datum	Stempel	Name	Unterschrift

Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
4. Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen