



Eingangsdatum:

Erstantrag

Folgeantrag

**auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe  
für behinderte oder von Behinderung bedrohter Menschen  
nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

**Persönliche Angaben des Antragstellers:**

Name, Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort:
Staatsangehörigkeit (Ausländer/Asylbewerber bitte Kopie von Pass, Aufenthaltsbescheinigung, Duldung beifügen)	
aktuelle Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	letzte Wohnanschrift vor Aufnahme (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Telefon:	E-Mail:
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	SB-Ausweis – ausgestellt am: _____ durch: _____ AZ: _____ GdB: _____ Merkzeichen: _____
Art der Behinderung:  *nutzen Sie bei mehreren Diagnosen ein Extrablatt	Diagnose * ausgestellt am: _____ durch _____
Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? (Bitte Betreuerausweis / Vollmacht beifügen)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____	
<input type="checkbox"/> ja, Name + Anschrift: _____	
Telefon: _____ Fax: _____ e-mail: _____	
Bestellung durch Amtsgericht: _____	



**Versicherungs- und / oder Leistungsansprüche**

<b>Krankenversicherung:</b>	<input type="checkbox"/> Familienversichert durch: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> selbst versichert
Vers.Nr.:	<input type="checkbox"/> andere Person, nämlich: _____
_____	bei _____

**Versicherungs- / Rentenansprüche des Kindes**

Besteht für das Kind ein Anspruch auf Renten oder vergleichbare Leistungen  Ja  Nein

Art der Rente: \_\_\_\_\_

Wenn ja, monatlicher Zahlbetrag \_\_\_\_\_ Euro / Vers.-Nr. / Rentenzeichen: \_\_\_\_\_

aus der Versicherung  des Vaters  der Mutter

eines Dritten, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Gegenüber wem ?    Der gesetzlichen  Rentenversicherung  Unfallversicherung

BfA Berlin  LVA \_\_\_\_\_

Einem anderen Träger / Dritten: \_\_\_\_\_

**Wurden weitere Leistungen beantragt?**

nein

ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie bereits andere Leistungen der Eingliederungshilfe von uns oder einem anderen Träger erhalten?**

nein

ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## **Begründung des Antrages (Bitte benutzen Sie ggfls. ein separates Blatt)**

### **Wichtig !!!**

#### **Folgende Unterlagen sind in jedem Fall beizufügen:**

- **ärztliche Gutachten (medizinische Diagnosen)**

#### **Sofern zutreffend sind beizufügen:**

- **Schwerbehindertenausweis / Bescheid über Grad der Behinderung**
- **Nachweis Pflegegrad**

Bei Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen der sozialen Teilhabe wird geprüft, ob ein Kostenbeitrag nach §§ 135 ff. SGB IX und der Einsatz vorhandenen Vermögens nach § 140 SGB IX gefordert werden kann. Um den Beitrag berechnen zu können, benötigen wir Angaben zu Einkommen und Vermögen – dazu füllen Sie bitte die **Anlage über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse** aus.

### **Erklärung**

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben, insbesondere der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, werde(n) ich/wir dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich mitteilen. Es ist bekannt, dass falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen zur Folge haben können, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Mir/Uns ist bekannt, dass bei stationären und teilstationären Maßnahmen zu den Kosten beigetragen werden muss, soweit dies nach den gesetzlichen Bestimmungen zulässig, erforderlich und zumutbar ist.



## **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten:**

Die in diesem Antrag erhobenen Daten unterliegen nach § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) dem Sozialgeheimnis. Ihre personenbezogenen Daten und sonstige Angaben werden aufgrund Ihrer Mitwirkungspflichten nach §§ 60-65 SGB I erhoben und aufgrund der §§ 67a ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zur Durchführung der gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) verarbeitet.

Ich stimme/Wir stimmen zu, dass das Fachgebiet Eingliederungshilfe zum Zweck der Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe nach dem SGB IX, benötigte personenbezogene Daten auch von Dritten, insbesondere Stellen nach § 35 SGB I und § 69 Abs. 2 SGB X, einholen darf, soweit diese erforderlich sind.

Ich stimme/Wir stimmen zu, dass das Fachgebiet Eingliederungshilfe zum Zweck der Hilfebedarfsfeststellung die Fachlichkeit des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes des Werra-Meißner-Kreises in die Fallberatung mit einbeziehen darf.

Ich/Wir bestätige/n, dass uns das beigefügte Informationsblatt bezüglich der Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 DS-GVO ausgehändigt wurde und ich/wir dieses zur Kenntnis genommen habe/haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreters/in/Vormund bzw. Bevollmächtigten

## **Ansprechpartner/in für evtl. Fragen:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handynr.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_