



ANTRAG

auf Leistungen der Eingliederungshilfe Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Teilhabeleistungen in der Tagesstruktur und vergleichbare Angebote

Teilhabeleistungen Wohnen in der eigenen Häuslichkeit

Leistungen in Form des persönlichen Budgets

Leistungen in einer besonderen Wohnform

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

sonstige Leistungen

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

Für

Persönliche Angaben des/der Antragstellers/in			
Familiennamen (ggf. Geburtsnamen angeben)		Vorname(n)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon)			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
erwerbsgemindert	Pflegebedürftig	schwerbehindert	krankenversichert
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja - GdB <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja - bei Versicherung
	Pflegegrad <input type="text"/>	Merkzeichen <input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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)

Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers

(§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

Nein

Ja, 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 in der Behörde 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.

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.

