

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe
nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

1. Antragsteller*in

1.1. Familienname			
1.2. Geburtsname und früher geführte Namen			
1.3. Vorname(n)			
1.4. Geburtsdatum, -ort			
1.5. Geschlecht (freiwillige Angabe)	männlich	weiblich	divers
1.6. Anrede	Herr	Frau	sonst.:
1.7. Wohnort	Straße: _____ Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____ In Berlin seit: _____		
1.8. Korrespondenzort (falls abweichend vom Wohnort)	Straße: _____ Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____		
1.9. Telefonnummer / E-Mail (freiwillige Angabe)			
1.10. Familienstand			
1.11. Aktuelle Wohnsituation			
1.12. Staatsangehörigkeit	Deutsch	EU:	andere:
1.13. Aufenthaltsstatus			
1.14. Schwerbehindertenausweis und Feststellungsbescheid (bitte Nachweis vorlegen)	Nein	ja, mit GdB	Merkzeichen: _____ gültig bis: _____ beantragt am: _____
1.15. Art der Behinderung oder Krankheit			
1.16. Ursache der Behinderung oder Krankheit	Geburtsschaden/ angeborenes Leiden Erkrankung Berufskrankheit Unfall vorsätzlich oder rechtswidrig tätlicher Angriff andere: _____		
	Bestehen Ansprüche gegen den/die Verursacher*in oder dessen/ deren Versicherung nein ja, dann bitte Unterlagen (z.B. Versicherungsunterlagen, Bescheid vom Versorgungsamt) beifügen		

	Teilhabe am Arbeitsleben	von/bis	Art
		Sozialleistungsträger	
	sonstige Maßnahme	Art	
		Sozialleistungsträger	
2.5. Antragsbegründung (Wofür wird die Assistenz gebraucht? Bitte begründen Sie so präzise wie möglich, weshalb Sie Unterstützung benötigen, ggf. verwenden Sie ein gesondertes Blatt)			
vom Träger der Eingliederungshilfe auszufüllen: medizinische Rehabilitation (Teil 2 Kapitel 3 SGB IX) Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2 Kapitel 4 SGB IX) Teilhabe an Bildung (Teil 2 Kapitel 5 SGB IX) Soziale Teilhabe (Teil 2 Kapitel 6 SGB IX)			

3. Kranken- und Pflegeversicherung

3.1. Name der Krankenkasse	3.2. Telefonnr. der Versicherung (falls verfügbar):
3.3. Versicherungsmitgliedsnummer	
3.4. Es handelt sich um eine Pflichtversicherung freiwillige Versicherung priv. Krankenversicherung (Bitte Versicherungsschein beifügen) Familienversicherung Name, Vorname des/r Hauptversicherten Geburtsdatum Versicherungsmitgliedsnummer	
Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz § 264 SGB V	
3.5. Haben Sie Ansprüche aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften (z.B. nach den Beihilfevorschriften des Landes oder des Bundes)? nein ja, Name und Anschrift des Dienstherrn:	

6. Art des Vermögens		nein	ja	Betrag in Euro	
6.7. Lebensversicherung; kapitalbildende Rentenversicherung				Rückkaufswert	
					Euro
6.8. Unfallversicherung				Rückkaufswert	
					Euro
6.9. Wertpapiere (Anlageform/ Institut)					
					Euro
6.10. Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen					
					Euro
6.11. Sonstiges Vermögen (hochwertige Gegenstände wie bspw. Kfz, Schmuck, Kunst)					
					Euro
6.12. Sonstige Forderungen (z.B. Schadenersatz, Außenstände usw.)					
					Euro
6.13. Nähere Beschreibung des Vermögens					
6.14. Haben Sie (antragstellende Person) in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld)? nein ja, und zwar wie folgt					
Name, Vorname, Anschrift des Empfängers					
Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)					
6.15. Sind Sie (Mit-)Eigentümer von Immobilien und/oder Grundstücken? nein ja					
6.16. Art (z.B. Haus- od. Wohneigentum)	Grundstücksbezeichnung (Lage, Flur, Flurstück)				
6.17. Verkehrswert (wenn bekannt)					Euro
6.18. aktuelle Nutzung					

7. Kontoverbindung

7.1 IBAN	7.2. BIC	7.3. Name des Kreditinstitutes
7.4 Kontoinhaber/in		

8. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

9. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe, Teilhabefachdienst, anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen. Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren. Wenn ich Unterstützung bei den Pflichten der Mitwirkung oder Meldung benötige, teile ich dies dem Teilhabefachdienst mit, der mich dann gemäß § 106 Abs. 2 und 3 SGB IX unterstützen kann.

10. Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60ff. SGB I und §§ 67ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert.

11. Aushändigung von Merkblättern

Folgende Merkblätter wurden mir ausgehändigt:

Merkblatt über wichtige Informationen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und über die Mitwirkungspflichten nach den § 108 SGB IX und §§ 60 ff. SGB I: ja nein

Merkblatt zum Datenschutz: ja nein

weitere Merkblätter des Trägers der Eingliederungshilfe ja nein

12. Anwesenheit eines/r Dolmetschers/in für barrierefreie Kommunikation oder Fremdsprachen

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben im Antrag in Anwesenheit eines/r Dolmetschers/in gemacht wurden.

Name, Vorname des/r Dolmetschers/in	Die Übersetzung erfolgte mittels: Kommunikationsweg (z.B. Gebärdensprache) oder Sprache eintragen	Unterschrift des/r Dolmetschers/in

13. Unterschrift(en)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in

14. Änderungsvermerk

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, welche die Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum	Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in

15. Stellungnahme Teilhabefachdienst

Vorstehende Angaben sind vollständig nicht vollständig.

Krankenversicherungsschutz geklärt Prüfung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes veranlassen
Beizubringende Unterlagen sind vollständig nicht vollständig und werden nachgereicht.

Anlagen zum Antrag:

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – liegt vor ja nein

Einwilligungserklärung – liegt vor ja nein

Ort, Datum	Unterschrift, Stellenzeichen des/r Mitarbeiter/in des Teilhabefachdienstes