

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

1. Personenbezogene Daten

Antragstellende Person		
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Nein	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Partnerschaft	
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort (z.B. Familie, Freunde, eigene Wohnung)		
Telefon (mit Vorwahl)		
E-Mail		
Weitere Familienangehörige / Unterhaltspflichtige (z.B. (Ehe-)Partner/in, Eltern, Kinder, Geschwister, Großeltern)?		
Name, Vorname letzte bekannte Anschrift	Geburtsdatum	Verhältnis zur antragstellenden Person
		(Ehe-)Partner/in
		Mutter <input type="checkbox"/> Einkommen über 100.000 € brutto / Jahr
		Vater <input type="checkbox"/> Einkommen über 100.000 € brutto / Jahr

2. Vorgeschichte und aktuelle Situation

Gibt es aus Ihrer Sicht wichtige Angaben zu Lebensverhältnissen in der Vergangenheit und heute (Umzüge, etc.)? Bitte geben Sie Ihre Wohn- und Aufenthaltsorte der letzten 3 Jahre an.

Jahr	Wohn-/Lebenssituation

Wie gestaltet sich die schulische/berufliche Situation?

ohne Schulabschluss ohne Berufsausbildung

Schule	Abschluss	von	bis
Ausbildung/Studium	Abschluss	von	bis
Beruf(e)	Arbeitgeber, Anschrift	von	bis

Falls das Arbeitsverhältnis nicht mehr besteht, geben Sie bitte hier den Grund für die Beendigung an.

Wie ist die finanzielle Situation?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kindergeld / Kinderzuschlag
<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt / Elternunterhalt
<input type="checkbox"/> BAföG/BAB/Ausbildungsgeld
<input type="checkbox"/> Krankengeld
<input type="checkbox"/> Renten (Unfall- /Waisen- /Alters- /EU-Rente, sonstige)
<input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII)
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht | <input type="checkbox"/> ALG I
<input type="checkbox"/> ALG II („Hartz 4“)
<input type="checkbox"/> Grundsicherung SGB XII
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen
<input type="checkbox"/> Wohngeld
<input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---|--|

Bitte entsprechende Bescheide beifügen

- Vermögen (z. B. Lebensversicherungen, Erbsprüche)
 Schulden, in Höhe von ca. € Privatinsolvenz seit/von: bis:

3. Gesundheitliche Situation

Liegt eine Diagnose eines Arztes vor? Wenn ja, welche?		
Diagnose	festgestellt durch	am
Wurden bereits Eingliederungshilfeleistungen bezogen? Wenn ja, durch wen und in welchem Zeitraum?		

4. Art der Beeinträchtigungen

Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht	
Ein Schwerbehindertenausweis...	
<input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> wurde bislang nicht beantragt <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt (Bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> ist ausgestellt bis _____, Grad der Behinderung _____ % <input type="checkbox"/> Gleichstellung	
Merkzeichen	
<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)	
Mögliche Verursachung durch Dritte	
Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (Gewalttat, Unfall, Impfschaden, etc.) zurück?	
Kranken-/Pflegerversicherung	Versicherungsnummer
Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail	
<input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> § 264 SGB V	

Wurde ein Pflegegrad nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) festgestellt?

- keine Einstufung
 wurde bislang nicht beantragt
 Antrag ist gestellt am
 eingestuft in Pflegegrad 1 2 3 4 5

Welche Hilfsmittel / Leistungen der Pflegeversicherung werden verwendet / in Anspruch genommen?

5. Weitere Unterstützungen

Erhalten Sie für sich	Name, Leistungsdauer, Telefon
Therapeutische Unterstützung (Logo-, Ergotherapie)	
Psychologische Unterstützung	
Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
Sozialraum (z. B. Vereine)	
Fachärztliche und ärztliche Behandlung (z. B. Hausarzt, Psychiater)	
Leistungen der Jugendhilfe	

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	
Sonstige	

Bezugsperson, Person des Vertrauens	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	Mobil

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Eingliederungshilfe zurückzahlen muss. Den Träger der Eingliederungshilfe ermächtige ich hiermit, soweit dies für die Leistungsgewährung erforderlich ist, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreter/in
------------	--

Bitte zurücksenden an:

Az.: _____

Landkreis Heidekreis
 FG 05.2 Eingliederungshilfe
 Vogteistraße 19
 29683 Bad Fallingbostel

Bitte reichen Sie zur umfassenden Bedarfsermittlung folgende Unterlagen ein:

- Berichte von Ärzten
- Berichte von Therapeuten
- Bescheid der Pflegeversicherung über die Anerkennung eines Pflegegrades
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen über den Pflegebedarf und Pflegegrad
- Kopie des Schwerbehindertenausweises und des entsprechenden Bescheides
- Kopie des Leistungsbescheides (SGB II, Wohngeld, etc.)
- Nachweis über die Staatsangehörigkeit (Geburtsurkunde, Pass, Ausweis)
- Nachweis über den Aufenthaltsstatus
- Nachweis über die Krankenversicherung (z.B. Kopie der Versichertenkarte)
- Nachweise über Rentenansprüche bei der Deutschen Rentenversicherung bzw. betrieblicher Altersvorsorge

Erklärung über die Vermögensverhältnisse

zur Überprüfung der Voraussetzungen für die (Weiter-)Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

Antragssteller/in bzw.

Leistungsberechtigte/r:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit teile ich mit, dass ich zum Stichtag _____ folgende Vermögenswerte hatte:

Art des Vermögens	Betrag/Wert
<input type="checkbox"/> Bargeld	_____ €
<input type="checkbox"/> Taschengeld-/Barbetragsguthaben in der Einrichtung	_____ €
<input type="checkbox"/> Girokonto bei _____ (Name der Bank)	_____ €
<input type="checkbox"/> Sparbuch/Spar-/Tagesgeldkonto bei _____ (Name der Bank)	_____ €
<input type="checkbox"/> Sparbuch/Spar-/Tagesgeldkonto bei _____ (Name der Bank)	_____ €
<input type="checkbox"/> Sonstige Konten, Wertpapiere, Bausparverträge, Beteiligungen usw. (bitte genau bezeichnen):	_____ €
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung bei _____ (Name der Versicherung)	_____ €
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung/Grabpflege-/Bestattungsvorverträge oder ähnliche Bestattungsvorsorgerücklagen (Art des Vertrages und Institut):	_____ €
<input type="checkbox"/> Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte (bitte Art und ggf. Höhe der Ansprüche angeben):	_____ €
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge (PKW, Motorrad, LKW, etc.) Wenn möglich, bitte Zeitwert angeben: Amtl. Kennzeichen: _____ Marke/Modell:	_____ €
<input type="checkbox"/> Wertgegenstände, Schmuck und ähnliches (bitte genau bezeichnen und Ca.-Wert angeben):	_____ €
<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz – auch Miteigentumsanteile – (bitte Art und Lage des Grundbesitzes aufführen):	_____ €
<input type="checkbox"/> Schließfach bei _____ (Name der Bank)	_____ €
<input type="checkbox"/> Vollmacht für folgende Konten (bitte Name des Kontoinhabers, Kto.-Nr. und Bank angeben): _____	

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass ich aufgrund unwahrer oder unvollständiger Angaben strafrechtlich belangt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch).

Datum/Ort

Unterschrift der leistungsberechtigten Person
(bzw. des/der Betreuers/in oder der bevollmächtigten Person)

➤ **Bitte Rückseite beachten** ➤

Bitte fügen Sie Nachweise über sämtliche Vermögenswerte bei, insbesondere:

- Sparsbuchkopien für die letzten sechs Monate vor dem Stichtag
- Vollständige Girokontoauszüge für die letzten 12 Wochen vor dem Stichtag*
- Auszug über das Barbetragsguthaben in der Einrichtung für die letzten zwei Monate vor dem Stichtag
- Mitteilung/Nachweis über den aktuellen Wert der Lebens-/Sterbegeldversicherung
- Kopie vom Fahrzeugschein
- Bei Haus- und Grundbesitz: Kopie des Grundbuchauszuges
- Steuerbescheid des Vorjahres sofern vorhanden

* Vor Abgabe der Kontoauszüge können Sie auf der Ausgabenseite die **Zahlungsempfänger** schwärzen, wenn die Zahlungen auf ihre rassistische und ethnische Herkunft, politischen Meinungen, religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen oder Gewerkschaftszugehörigkeit schließen lassen (z. B. Beiträge für Gewerkschaften, politische Parteien, Religionsgemeinschaften) oder wenn sich aus den Zahlungen genetische, biometrische Daten, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung ablesen lassen. Die überwiesenen Beträge müssen aber jeweils erkennbar bleiben

Einnahmen müssen jeweils unbegrenzt aus den Kontoauszügen hervorgehen und dürfen nicht geschwärzt werden.

Bestehen nach Übersendung von Kontoauszügen mit geschwärzten Stellen berechnete Zweifel, dass nicht nur die o. g. besonderen Arten personenbezogener Daten geschwärzt wurden, so sind die Kontoauszüge ungeschwärzt im Original zur Einsicht vorzulegen.

Bitte zurücksenden an:

Az.:

Landkreis Heidekreis

FG 05.2 Eingliederungshilfe

Vogteistraße 19

29683 Bad Fallingbostal

BELEHRUNG

über die Mitwirkungspflicht nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) - Allgemeiner Teil -

Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 *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.

§ 61 *Persönliches Erscheinen*

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 *Untersuchungen*

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 *Heilbehandlung*

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

Folgen fehlender Mitwirkung

§ 66 *Folgen fehlender Mitwirkung*

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit,

wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 263 *Betrug*

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
1. gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Urkundenfälschung oder Betrug verbunden hat,
 2. einen Vermögensverlust großen Ausmaßes herbeiführt oder in der Absicht handelt, durch die fortgesetzte Begehung von Betrug eine große Zahl von Menschen in die Gefahr des Verlustes von Vermögenswerten zu bringen,
 3. eine andere Person in wirtschaftliche Not bringt,
 4. seine Befugnisse oder seine Stellung als Amtsträger missbraucht oder
 5. einen Versicherungsfall vortäuscht, nachdem er oder ein anderer zu diesem Zweck eine Sache von bedeutendem Wert in Brand gesetzt oder durch eine Brandlegung ganz oder teilweise zerstört oder ein Schiff zum Sinken oder Stranden gebracht hat.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248 a gelten entsprechend.
- (5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).
- (7) Die §§ 43 a und 73 d sind anzuwenden, wenn der Täter als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat. § 73 d ist auch dann anzuwenden, wenn der Täter gewerbsmäßig handelt.

Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

Aktenzeichen:

Name der antragstellenden Person:

geb. am:

wohnhaft:

Ich bin damit einverstanden, dass der Landkreis Heidekreis, Fachbereich Soziales, Eingliederungshilfe,

- mit dem Fachbereich Kinder, Jugend, Familie,
- mit meiner Krankenversicherung,
- mit meiner Pflegeversicherung und
- mit sonstigen in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträgern

Informationen über mich zur umfassenden Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens bzw. der Teilhabepflicht austauschen darf.

Außerdem befreie ich hiermit– bis auf jeder Zeit möglichen Widerruf - folgende Personen bzw. Institutionen:

(hier bitte auch beteiligte Ärzte und Therapeuten eintragen)

von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass Berichte, Diagnosen und Befunde, die über mich vorliegen, dem Landkreis Heidekreis, Fachbereich Soziales, Vogteistraße 19, 29683 Bad Fallingbommel zur Verfügung gestellt werden. Mit einem Informationsaustausch zwischen dem Fachbereich Soziales und dem Fachbereich Gesundheit bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellenden Person
Gesetzliche Betreuung

Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

Einwilligungserklärung Datenschutz

Der Träger der Sozialhilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist der Landkreis Heidekreis verpflichtet, die Bedarfsermittlung mit einem Formular zu bearbeiten.

Dieses Formular heißt: Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni).

Die in der individuellen Bedarfsermittlung (anhand des Formularsatzes B.E.Ni) erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab der Antragstellung gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Heidekreis:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Der Landkreis Heidekreis ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle (Kooperativer Datenschutzbeauftragter im Landkreis Heidekreis; Herr Jürgen Isernhagen) per E-Mail unter datenschutz@stadt-walsrode.de oder postalisch unter Lange Straße 22 in 29664 Walsrode erreichbar.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann der Landkreis Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

-
- Ich willige ein, dass der Landkreis Heidekreis die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
 - Ich willige ein, dass der Landkreis Heidekreis die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Vorname, Name:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Erklärung zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Folgende Unterstützung wünsche ich mir:
