

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

• Grundantrag

Beigefügte Anlagen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Fachärztliche Stellungnahme | ☐ Einkommenserklärung |
| ☐ Vermögenserklärung | ☐ Merkblatt |
| ☐ Einwilligungserklärung / Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten | ☐ Entbindung von der Schweigepflicht |
| | ☐ Elternfragebogen bei Leistungen für Minderjährige |

Hinweise:

Sie werden gebeten, den sorgfältig und **vollständig** ausgefüllten Antrag bis zum 20.. einzureichen. Eine Bearbeitung kann nur erfolgen, wenn alle Fragen beantwortet wurden und die Unterlagen vollständig vorgelegt werden.

Bitte vergessen Sie nicht den Antrag zu unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt gem. § 67a Abs. 2 Satz 1 bzw. § 67b Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Beachten Sie insbesondere die Anlage Merkblatt.

1. Persönliche Angaben des Antragstellers

Familienname:	
Vorname:	
ggf. Geburtsnamen:	
Anschrift: Straße Haus-Nr. PLZ Ort	
zu erreichen unter: (freiwillige Angaben)	Festnetz: Handy: Fax: E-Mail:
Geburtsdatum, Geburtsort/-land:	
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers/ohne Angabe
Familienstand:	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit:

5. Welche Leistungen der Eingliederungshilfe begehren Sie?

Warum wünschen Sie diese ?(Stichpunktartig)

Wünschen Sie einen bestimmten Leistungserbringer?

6. vorrangige Rehabilitations-/Sozialleistungen (Bitte Nachweise beifügen.)

Eingliederungshilfe erhält, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. Leistungen anderer Träger von Sozialleistungen dürfen nicht deshalb versagt werden, weil das Eingliederungshilferecht entsprechende Leistungen vorsieht.

Beziehen Sie bereits andere Rehabilitations-/Sozialleistungen oder haben Sie diese beantragt?

☐ Nein, ich beziehe keine anderen Rehabilitations- oder Sozialleistungen.

☐ Nein, ich habe keine anderen Rehabilitations- oder Sozialleistungen beantragt.

☐ Ja, ich beziehe anderen Rehabilitations- oder Sozialleistungen bzw. ich habe solche beantragt.

Bitte machen Sie nähere Angaben zum Grund und beachten Sie bitte die Folgeseite:

z. B. aufgrund eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls oder infolge einer Berufskrankheit oder eines Schadens, der während eines Kriegs-, Wehr- oder Zivildienst eingetreten ist oder auf einem gesetzlich geregelten Tatbestand beruht und dieses Gesetz auf das Bundesversorgungsgesetz verweist (z. B. Impfschaden, rechtswidrig tätlicher Angriff, bei der in DDR zu Unrecht strafrechtlich Verfolgten oder durch verwaltungsrechtliches Unrecht betroffene Personen)

☐ Ja, bei der Krankenversicherung		☐ Ja, bei der Pflegeversicherung	
Versicherungsstatus:	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert über:	Versicherungsstatus:	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert über:
Name der Versicherung:		Name der Versicherung:	
Versicherungsnummer:		Versicherungsnummer:	
Art der Leistungen:	☐ Leistungen der Krankenbehandlung und zwar (bitte Praxis nennen): ☐ Ergotherapie: ☐ Physiotherapie: ☐ Logopädie: ☐ Psychotherapie: ☐ medizinische Behandlungspflege: ☐ Früherkennung/Frühförderung ☐ Hilfsmittel ☐ weitere:	☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5 ☐ wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ☐ Hilfsmittel ☐ Leistungen zur Unterstützung im Alltag § 45a SGB IX ☐ weitere:	
	☐ wurden beantragt ☐ wurden bewilligt ☐ wurden abgelehnt		☐ wurden beantragt ☐ wurden bewilligt ☐ wurden abgelehnt
☐ Ja, bei der Rentenversicherung			
Name der Versicherung:			
Versicherungsnummer:			
Art der Leistungen:	☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zwar ☐ im Bereich der Werkstatt (bitte WfbM nennen): ☐ Leistungen im Eingangsbereich ☐ Leistungen im Berufsbildungsbereich ☐ bei anderen Leistungsanbietern (bitte nennen): ☐ Leistungen im Eingangsbereich ☐ Leistungen im Berufsbildungsbereich ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z.B. Reha oder Entwöhnungstherapien, bitte beschreiben): weitere (z.B. KFZ-Hilfe, Hilfsmittel, Erhaltung und Beschaffung einer behinderungsgerechten Wohnung):		
	☐ wurden beantragt ☐ wurden bewilligt ☐ wurden abgelehnt		

☐ Ja, bei der Bundesagentur für Arbeit	
Ort der Bundesagentur:	
Versicherungsnummer/ Aktenzeichen:	
Art der Leistungen:	☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zwar ☐ im Bereich der Werkstatt (bitte WfbM nennen): ☐ Leistungen im Eingangsbereich ☐ Leistungen im Berufsbildungsbereich ☐ bei anderen Leistungsanbietern (bitte nennen): ☐ Leistungen im Eingangsbereich ☐ Leistungen im Berufsbildungsbereich ☐ weitere:
	☐ wurden beantragt ☐ wurden bewilligt ☐ wurden abgelehnt
Noch offener Widerspruch oder offenen Klage	☐ Nein ☐ Ja, gegen:
7. Hinweise zum Datenschutz	
Die von Ihnen gemachten Angaben werden erfasst, gespeichert und ausschließlich für die Bearbeitung der beantragten Leistung verwendet. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Antrag geben Sie Ihr Einverständnis zur Speicherung der erforderlichen Daten. Die Allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Brandenburg an der Havel wurde Ihnen zur Verfügung gestellt.	
8. Ermittlungen der Behörde	
Nach § 20 SGB X ermittelt die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden. Die Behörde bedient sich gemäß § 21 SGB X der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich hält. Sie kann unter anderem den Augenschein nehmen. Sollten Sie die Inaugenscheinnahme (z.B. durch Hausbesuche usw.) verweigern, müssen Sie damit rechnen, dass die beantragte Leistung wegen der nicht feststellbaren Bedürftigkeit sowie der Unaufklärbarkeit des Sachverhaltes abgelehnt wird.	
9. Personenidentifikation	
Zur Identifikation des Antragstellers soll eine Kopie des Personalausweises zur Akte genommen werden. Neben den persönlichen Daten werden unter anderem auch Passbild, Augenfarbe und Körpergröße in der Akte gespeichert. Diese Angaben sind jedoch freiwillig. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Antrag erklären Sie Ihr Einverständnis ☐ ja ☐ nein Wichtiger Hinweis: Sollten Sie Ihr Einverständnis nicht erteilen, sind Sie verpflichtet, sich bei allen Vorsprachen unaufgefordert durch Vorlage Ihres Personalausweises auszuweisen.	

10. ggf. Bevollmächtigung (Vollmacht) bei Minderjährigen

Wir, die Sorgeberechtigten bevollmächtigen uns gegenseitig, unser Kind (siehe 1.) in allen Angelegenheiten der Eingliederungshilfe zu vertreten.

Brandenburg an der Havel, den

Datum

Vorname Name (Mutter)

Unterschrift

Brandenburg an der Havel, den

Datum

Vorname Name (Vater)

Unterschrift

11. Erklärung

Die Anlage Merkblatt habe ich erhalten, gelesen und bei der Antragstellung berücksichtigt. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich jede Veränderung in meinen Vermögens- und Einkommensverhältnissen sowie sämtliche Forderungen, Erbsprüche und aus anderem Grund anfallenden Einnahmen unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen habe. Ich bin belehrt worden, dass wissentlich falsche oder unvollständige Angaben strafrechtlich verfolgt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich beantrage die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX für die im Antrag genannte Person.

Brandenburg an der Havel, den

Datum

Unterschrift des Antragstellenden
(bei Minderjährigen: des Sorgeberechtigten)

Brandenburg an der Havel, den

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten - 2. Person