



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)

für

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Ggf. vertreten durch (Bitte Nachweis beifügen):

- gesetzliche Betreuung, Vormundschaft
- bevollmächtigte Person
- Sorgeberechtigte/n

Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße	
Telefonnummer/Fax	
email	

Welche Hilfe benötigen Sie und warum?

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden können.



Daten der antragstellenden Person

1. Personendaten

Name		
Geburtsname bzw. früher geführte Namen		
Vorname		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefonnummer		
Mailadresse		
Geburtsdatum und Ort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit		
Ausweisdokument	Art:	Nr.:
Für ausländische Staatsangehörige:		
Art des Aufenthaltstitels		
Aufenthaltstitel gültig bis		
Zuzug am		
Zuzug von		
Arbeitserlaubnis		

Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Ja, Jahrgang _____ <input type="checkbox"/> nein Anschrift der Schule:	
Schulbildung	<input type="checkbox"/> Sonderpäd. Bildung (SBBZ) <input type="checkbox"/> Werkreal-, Hauptschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Realschule
Erlerner Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
Berufsfördernden Maßnahmen teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Berufsbildungswerk <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr <input type="checkbox"/> Andere: _____ von - bis: _____	
Ausbildung	Art der Ausbildung:	Abgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
Zeiten der Berufstätigkeit	Beruf: (ggf. gesondert aufführen)	Ausgeübt von – bis:



2. Aufenthaltsverhältnisse (98 SGB IX)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, von welchem Träger der Eingliederungshilfe?	_____
In den 6 Monaten vor der Antragstellung habe ich mich unter folgenden Adressen aufgehalten:	von... bis ... unter Anschrift
	von... bis ... unter Anschrift

3. Daten der Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
falls bereits verstorben, Sterbedatum		

4. Daten des/r nicht getrenntlebenden Ehegatten/in, Lebenspartners/in oder Partners/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft

(Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
falls bereits verstorben, Sterbedatum	

**5. Daten der unterhaltsberechtigten Kinder (sofern im gleichen Haushalt lebend)**

(Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Für weitere Kinder verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt.

	Kind 1	Kind 2
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		

6. Behinderung

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor <input type="checkbox"/> Ausweis liegt vor (bitte fügen Sie eine Kopie bei) <input type="checkbox"/> Ausweis wurde beantragt
Art der Behinderung	Ist die Behinderung Folge <input type="checkbox"/> eines Unfalles? <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstschädigung? <input type="checkbox"/> einer Zivildienstschädigung? <input type="checkbox"/> eines Impfschadens? <input type="checkbox"/> einer Gewalttat? <input type="checkbox"/> einer Kriegsschädigung?
Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Schadenersatzansprüche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ggf. gegen wen	

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)
Erhalten Angehörige von Ihnen, die im gleichen Haushalt leben, Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r
Falls ja, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)



Wurden Sie durch die Agentur für Arbeit oder dem Rentenversicherungsträger untersucht? <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen)</i>	Datum	Anschrift des Trägers
Stationärer Klinikaufenthalt <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen, ggf. gesondert aufführen)</i>	von - bis	Ort und Art der Kliniken
Waren Sie bereits oder sind Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt?	von - bis	Ort und Name der Einrichtung
Bisherige sonstige Maßnahmen <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen)</i>	von - bis	Art und Ort der Maßnahmen
Wohnen Sie in einer		
1. Besonderen Wohnform?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Ambulant betreute Wohnform?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor dem Einzug gewohnt?		Adresse:
Wurden bei Ihnen bereits Ihre Teilhabebedarfe ermittelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Adresse:
Falls ja, durch welche Behörde?		
Wurde bei Ihnen bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Adresse:
Falls ja, durch welche Behörde?		

7. Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Kranken/Pflegekasse	
Krankenversicherungsnummer	
Anschrift der Geschäftsstelle	



Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung
------------------	---

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 oder <input type="checkbox"/> beantragt
Ggf. seit wann	
Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	Bitte Bescheid und Gutachten des Medizinischen Dienstes beilegen. <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

8. Beihilfe

Sind oder waren Sie oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienstherr	
beihilfeberechtigte Person	
Beihilfestelle	
Beihilfenummer	

9. Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger	Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> andere:
Ausländische Renten	
Rentenversicherungsnummer	

Versicherungsverlauf – Entrichtung von Beiträgen zur Rentenversicherung
 Während welcher Zeiträume haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet und an welche Versicherungsanstalt? Dazu zählen versicherungspflichtige Beschäftigungen (auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen -WfbM-/Berufsbildungsbereich), Kindererziehungszeiten, Zeiten einer freiwilligen Versicherung.

Rentenversicherungsträger	von	bis

10. Agentur für Arbeit

Arbeitsagentur (Ort)	
Kundennummer	
Fand bereits ein Beratungsgespräch statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**11. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

Beziehen Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Behörde	von	bis

12. Leistungen anderer Rehabilitations- oder Sozialleistungsträger:

Bitte Nachweise beifügen (Bescheid)

		Welche Leistungen wurden bewilligt?	Ansprechpartner, Anschrift
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Jobcenter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weitere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

13. Bankverbindung

Name der Bank	
IBAN, BIC	
Kontoinhaber	
Anschrift der Bank	

Hinweis zum Datenschutz

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67a Abs. 1 SGB X i. V. m. § 60 SGB I. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 23 SGB IX. Diese Daten sind notwendig, um die Voraussetzungen, Ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe gewähren zu können, zu prüfen. Die personenbezogenen Daten werden dafür digital erfasst und gespeichert. An andere Stellen oder ggf. an den Leistungsträger werden Ihre personenbezogenen Daten nur weitergegeben, wenn dies erforderlich und gesetzlich zugelassen ist.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – EUTB nach § 32 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern **unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot**. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die **Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen** nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.



Ich versichere, 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 Sozialhilfeleistungen zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche auf Unterhalt gegenüber meinen Eltern auf den Träger der Sozialhilfe übergehen. Alle Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

X

Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder des Betreuers/Bevollmächtigten

X

Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Bitte denken Sie daran, den Antrag vollständig auszufüllen und Ihre Angaben durch notwendige Nachweise zu belegen. Fehlende Angaben und Unterlagen müssen nachgefordert werden und verzögern die Bearbeitung.

Dem Antrag sind u. a. folgende Unterlagen in Kopie beizufügen:

- bei Bestehen einer gesetzlichen Betreuung: Betreuerausweis und Betreuungsgutachten
- bei minderjährigen antragstellenden Personen: Nachweis über das Sorgerecht, sofern nicht von beiden Elternteilen gemeinsam ausgeübt
- gültiges Ausweisdokument (Bild und Ausweisnummer können geschwärzt werden)
- bei ausländischen Staatsangehörigen: Aufenthaltstitel
- Schwerbehindertenausweis
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über die Feststellung eines Pflegegrads (Pflegegutachten)
- Nachweis über die Leistungen der Pflegekasse
- bei Bezug von Rente wegen Erwerbsminderung: Nachweis, ob die Rente befristet oder unbefristet gewährt wird
- bei Bezug dieser Leistungen: Bescheid über Leistungen der Grundsicherung/HLU, Arbeitslosengeld II, Wohngeld, Rentenbescheid des Vorvorjahres, jeweils mit allen Anlagen/Seiten
- bei Erwerbstätigkeit: Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres und die dazugehörige Steuererklärung
- falls die aktuellen Einkünfte erheblich von denen des Vorvorjahres abweichen, zusätzlich aktuelle Nachweise zu den einzelnen Einkommensarten
- sämtliche Nachweise über vorhandenes Vermögen (für Kontoauszüge: Auszüge aller Konten des letzten vollen Monats vor Antragstellung)
- ärztliche Unterlagen, aus denen sich Art und Schwere der Behinderung ergeben

Bemerkung zu Kontoauszügen:

Sie haben die Möglichkeit, Empfänger und Verwendungszweck von Soll-Buchungen, die keinen Bezug zu Ihrer Eingliederungshilfeleistung haben (Beiträge an Parteien, Gewerkschaften, religiöse Vereinigungen etc.), auf den Kopien Ihrer Kontoauszüge zu schwärzen.

Nicht schwärzen dürfen Sie sämtliche Angaben zu Haben-Buchungen. Kontostände (Saldo am Ende des Auszuges) und alle Soll-Buchungen, die von diesem Gesetz betroffen sind (Zahlungen für Versicherungsbeiträge, Überträge auf andere eigene Konten etc.) dürfen ebenfalls nicht geschwärzt werden.

Die von Ihnen vorgelegten Kontoauszüge dürfen in Kopie in den Leistungsakten der Eingliederungshilfe gespeichert werden, wenn den Kontoauszügen Tatsachen zu entnehmen sind, die sich unmittelbar auf die Anspruchsvoraussetzungen der von Ihnen beantragten Eingliederungshilfe auswirken. Über die Speicherung Ihrer Kontoauszüge entscheidet die Eingliederungshilfe jeweils im Einzelfall. Ihre Kontoauszüge oder Kopien davon, die nach der Prüfung nicht mehr benötigt werden, erhalten Sie zurück oder Kopien werden datenschutzkonform vernichtet.