

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Welche Hilfe wird benötigt?

(z. B. Autismustherapie, heilpädagogische Maßnahmen, usw.)
Bitte kurz nennen. Weitere Ausführungen dazu unter Nummer 6.

☐ **Erstantrag**

☐ **Folgeantrag**

Bei Vorliegen einer

☐ körperlichen Behinderung oder davon bedroht

☐ geistigen Behinderung oder davon bedroht

☐ seelischen Behinderung oder davon bedroht

☐ Mehrfachbehinderung oder davon bedroht

1. Antragsteller/in (Wer benötigt Hilfe?)

Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit (falls nicht Deutsch, bitte Staatsangehörigkeit und aufenthaltsrechtlichen Status benennen und Kopie des Aufenthaltstitels beifügen)	☐ Deutsch ☐ andere Staatsangehörigkeit: Aufenthaltsrechtlicher Status:
Straße, Haus-Nr. PLZ Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin	☐ Ich lebe in einer eigenen Wohnung. ☐ Ich lebe mit anderen in einer Wohnung (z. B. Eltern, Ehe- oder Lebenspartner). ☐ Ich lebe in einer stationären oder ähnlichen Einrichtung (z. B. Pflegeeinrichtung, Gefängnis, Krankenhaus, Mutter-Kind-Einrichtung,) Art der Einrichtung und Anschrift: ☐ Ich bin kürzlich aus einer anderen Stadt / einem anderen Kreis zugezogen? Wenn ja, wann und woher:												
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfe erhalten?	☐ Nein ☐ Ja Falls ja, welche Behörde (Name und Anschrift) hat die Leistung bewilligt?												
Schwerbehindertenausweis vorhanden? (Bitte Ausweiskopie beifügen)	☐ Ja , Grad der Behinderung_____ Merkzeichen: ☐ aG ☐ B ☐ BI ☐ G ☐ GI ☐ H ☐ RF ☐ TBI ☐ Nein Antrag gestellt? ☐ ja ☐ nein												
Beruhet die Behinderung auf einem ...	<table border="0"> <tr> <td>Unfall?</td> <td>☐ ja</td> <td>☐ nein</td> </tr> <tr> <td>Geburtsschaden?</td> <td>☐ ja</td> <td>☐ nein</td> </tr> <tr> <td>Impfschaden?</td> <td>☐ ja</td> <td>☐ nein</td> </tr> <tr> <td>Vorsätzlichen oder tätlichen Angriff?</td> <td>☐ ja</td> <td>☐ nein</td> </tr> </table> Falls ja, einen entsprechenden Nachweis und den Nachweis über evtl. Schadensersatzansprüche einreichen.	Unfall?	☐ ja	☐ nein	Geburtsschaden?	☐ ja	☐ nein	Impfschaden?	☐ ja	☐ nein	Vorsätzlichen oder tätlichen Angriff?	☐ ja	☐ nein
Unfall?	☐ ja	☐ nein											
Geburtsschaden?	☐ ja	☐ nein											
Impfschaden?	☐ ja	☐ nein											
Vorsätzlichen oder tätlichen Angriff?	☐ ja	☐ nein											
Familienstand des Antragstellers/der Antragstellerin	<table border="0"> <tr> <td>☐ ledig</td> <td>☐ verheiratet</td> <td>☐ eheähnliche Gemeinschaft</td> </tr> <tr> <td>☐ geschieden</td> <td>☐ getrennt lebend</td> <td>☐ eingetragene Lebenspartnerschaft</td> </tr> <tr> <td>☐ verwitwet</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Seit_____	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ eheähnliche Gemeinschaft	☐ geschieden	☐ getrennt lebend	☐ eingetragene Lebenspartnerschaft	☐ verwitwet					
☐ ledig	☐ verheiratet	☐ eheähnliche Gemeinschaft											
☐ geschieden	☐ getrennt lebend	☐ eingetragene Lebenspartnerschaft											
☐ verwitwet													
Schulbesuch	☐ Nein ☐ Ja seit: Name der Schule: Klasse/Jahrgangsstufe: Voraussichtliche Schulentlassung:												

2. Steht der Antragsteller/die Antragstellerin unter gesetzlicher Betreuung?

☐ Nein

☐ Ja (bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Kopie der Bestellsurkunde beifügen)

Name und Vorname des gesetzlichen Betreuers / der gesetzlichen Betreuerin

Straße, Hausnummer und (PLZ) Wohnort

3. Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

(Bitte alle Personen aufzählen, mit denen Sie in einem Haushalt, also einer Wohnung, leben.)

Name, Vorname	Geburts-Datum	Verwandtschafts-Verhältnis zum Antragsteller/zur Antragstellerin	Beruf

4. Lebt der Antragsteller/die Antragstellerin in einer Pflegefamilie?

☐ Nein

☐ Ja

Falls ja, Name, Geburtsdatum und Anschrift der leiblichen Eltern vor Aufnahme in die Pflegefamilie (soweit bekannt)

Leibliche Mutter:

Leiblicher Vater:

Aufnahmedatum in die Pflegefamilie:

Zuständiges Jugendamt:

5. Kranken- und Pflegeversicherung des Antragstellers/der Antragstellerin (Bitte Nachweise beifügen!)

Sind Sie krankenversichert?	☐ nicht versichert ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ familienversichert	Name der Krankenkasse und Anschrift:	
Versicherungsnummer der Krankenversicherung:			
Sind Sie pflegeversichert?	☐ nicht versichert ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ familienversichert	Name der Pflegeversicherung und Anschrift:	
Versicherungsnummer der Pflegeversicherung:			
Haben Sie oder (bei Minderjährigen die Eltern) Ansprüche auf Beihilfe aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften?	☐ Nein	☐ Ja	Anschrift des Dienstherrn / Beihilfenummer:
Liegt ein Bescheid der Pflegekasse zur Pflegebedürftigkeit vor? ☐ ja, mit folgendem Ergebnis: Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Welche Leistungen (Pflegegeld und /oder Sachleistungen) werden gewährt und in welcher Höhe? Bitte Bescheid beifügen. ☐ nein, warum nicht? ☐ Ich stelle noch einen Antrag. Sobald die Entscheidung der Pflegekasse vorliegt, werde ich eine Kopie des Bescheides an den Kreis Recklinghausen übersenden.			
Werden zusätzliche Betreuungsleistungen gewährt (§ 45b SGB XI)	☐ Nein	☐ Ja	Falls ja, in welcher Höhe? _____ €

6. Art, Umfang und Notwendigkeit der beantragten Hilfen

Wie oder wobei können wir Ihnen helfen (Art der Hilfe)?

Wieviel Hilfe wird benötigt (Umfang der Hilfe)? (z. B. 3 Stunden pro Woche, 10 Stunden im Monat)

Warum wird die Hilfe benötigt (Notwendigkeit)?

☐ Soll die Hilfe ein möglichst selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen?

☐ ja

☐ nein

☐ Soll durch die Hilfe ein stationärer Aufenthalt vermieden werden?

☐ ja

☐ nein

☐ Ich bevollmächtige folgende Person zum Empfang von Eingliederungshilfebescheiden:

(Vorname, Name, Anschrift)

☐ Die Leistungen sollen direkt mit dem Leistungserbringer abgerechnet werden. Hierzu bitte Leistungserbringer angeben:

Leistungserbringer

Name:

Adresse:

PLZ / Ort:

☐ Die Leistungen sollen mir gewährt werden. Meine Bankverbindung lautet:

Bitte vollständig ausfüllen!

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Zustimmung zur Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach §§ 22, 117 SGB IX:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahren/Gesamtplanverfahren verantwortliche Rehabilitationsträger gem. § 22 SGB IX andere öffentliche Stellen (z. B. Pflegeversicherung, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde) in die Erstellung des Teilhabeplanes/Gesamtplanes einbezieht, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

Erklärung

Hiermit beantrage ich Rehabilitationsleistungen nach SGB IX - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch.

Den Vordruck zur Überprüfung meines Anspruchs auf Eingliederungshilfeleistung nach SGB IX mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Wenn und solange ich Eingliederungshilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Datenschutz

Bitte lesen Sie das beigelegte Dokument zum Datenschutz sorgfältig durch!

Ich bestätige, dass ich die beigelegten Hinweise zum Schutz der persönlichen Daten zur Kenntnis genommen habe und ich mit der Erhebung der Daten einverstanden bin.

Datum, Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin bzw. des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Haben Sie alle Unterlagen beigelegt? Eine Liste der erforderlichen Nachweise finden Sie auf der nächsten Seite!

Liste der notwendigen Unterlagen

Bei allen Hilfearten einzureichen:

- **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** (Den Vordruck finden Sie bei den Formularen.)
- **aktueller Schwerbehindertenausweis** (bitte kopieren Sie die Vor- und Rückseite)
- **Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung** (Diesen Bescheid haben Sie erhalten, als letztmalig eine Änderung der Merkmale oder des Grads der Behinderung erfolgte bzw. als erstmalig der Schwerbehindertenausweis ausgestellt wurde)
- **Aufenthaltstitel** (bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit)
- **Kopien aller Seiten des letzten Pflegegutachtens der Pflegekasse (in der Regel mehr als 12 Seiten)**
- **Aktuelle ärztliche Stellungnahmen oder Gutachten in Kopie** (wenn möglich, nicht älter als 1 Jahr)
- **Kopie des Betreuerausweises bzw. der Bestellsurkunde** (bei gesetzlicher Betreuung)

Bei Beantragung von heilpädagogischen Maßnahmen oder Autismustherapien zusätzlich einzureichen:

- **Entwicklungsbericht der Kita bzw. der Schule**
- **Bericht über die Erstbeobachtung Ihres Kindes bei einem entsprechenden Anbieter**

Falls Sie bestimmte Unterlagen nicht vorlegen können, geben Sie bitte einen Grund an.