

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

<b>Welche Hilfe wird benötigt?</b> (z. B. Fahrdienst, Assistenzleistungen, Hilfsmittel, usw.) Bitte kurz nennen. Weitere Ausführungen dazu unter Nummer 9.	
---	--

- 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?)	
<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsort</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b> (falls nicht Deutsch, bitte Staatsangehörigkeit und aufenthaltsrechtlichen Status benennen und Kopie des Aufenthaltstitels beifügen)	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere Staatsangehörigkeit: Aufenthaltsrechtlicher Status:
<b>Straße, Haus-Nr.</b> <b>PLZ Ort</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	



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

Nein

Ja (bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Kopie der Bestellungsurkunde 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:



## 7. Einkommen

Grundsätzlich ist das Einkommen von vor 2 Jahren (also des Vorvorjahres) maßgebend. Nur bei einer erheblichen Änderung des Einkommens ist das Einkommen des aktuellen Jahres zu berücksichtigen.

Mein Einkommen hat sich seit den letzten 2 Jahren (dem Vorvorjahr) nicht erheblich geändert.

**Bitte den Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres beifügen! Weitere Angaben unter Nummer 7a sind nicht erforderlich. Weiter bei Nummer 8!**

Liegt dieser nicht vor, weisen Sie bitte die Einkünfte des **Vorvorjahres** durch entsprechende Unterlagen nach und machen Sie die Angaben unter Punkt 7a und Punkt 8!

Mein Einkommen hat sich seit den letzten 2 Jahren (dem Vorvorjahr) erheblich geändert.

Weisen Sie bitte Ihre **aktuellen** Einkünfte durch entsprechende Unterlagen nach und machen Sie die Angaben unter Nummer 7a und Punkt 8!

### 7a. weitere Angaben zu Einkünften

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie keinen Einkommenssteuerbescheid haben und keine Grundsicherung bekommen.

<b>Werbungskosten</b>	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Berücksichtigung der Werbungskostenpauschale.	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Berücksichtigung der tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Werbungskosten.
-----------------------	---	--

<b>Bei Minderjährigen: Einkommen der im Haushalt lebenden Eltern als weitere Personen eintragen</b>	<b>Antragsteller/ Antragstellerin</b>	<b>Weitere Person im Haushalt</b>	<b>Weitere Person im Haushalt</b>
	Bruttobetrag in € je Monat	Bruttobetrag in € je Monat	Bruttobetrag in € je Monat
Altersrente			
Witwen-/Witwerrente			
Pensionen/ Versorgungsbezüge			
Betriebs-/Werksrente			
Unfallrente, Erwerbsunfähigkeitsrente (z. B. BBG-Rente)			
Auslandsrente			
Einkommen aus Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> nichtselbständig <input type="checkbox"/> selbständig			
Einkünfte aus Kapitalvermögen			
Einnahmen aus Vermietung und/oder Verpachtung			
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Elterngeld, Kinderzuschuss)			
Unterhaltsbeiträge			
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z.B. Grundrente, Elternrente)			

Leistungen nach dem Blinden- u. Gehörlosengesetz (GHBG)			
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (z.B. Entschädigungsrente)			
Wohngeld (WoGG)			
Privatrechtliche Ansprüche (laufende Zahlungen aus Verträgen z.B. Leibrente, Leistung für Wohnrecht)			
Leistungen der Kriegsopferfürsorge (KOF)			
Sonstige Einkünfte (Bitte nennen):			

### 8. Vermögen der antragstellenden Person und bei Minderjährigen auch das der im Haushalt lebenden Eltern

Bitte Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie beilegen, ggf. bei weiteren Konten separates Beiblatt beifügen Bitte **aktuelle** Angaben zum jetzigen Zeitpunkt machen.

<b>Bargeld:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag: €
<b>Sparguthaben:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Girokonto Nr.: Institut:		Betrag: €
- Sparkonto Nr.: Institut:		Betrag: €
- Sparkonto Nr.: Institut:		Betrag: €
- Festgeldkonto: Institut:		Betrag: €, fällig am:
- sonstiges Konto: Institut:		Betrag: _____ €
<b>Wertpapiere:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Anlageform: Institut:		Betrag: €, fällig am:
- Anlageform: Institut:		Betrag: €, fällig am:
<b>Staatlich geförderte Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente etc.)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Anlageform:		Beitrag: €
<b>Private Rentenversicherung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Versicherungs-Nr.: Institut:		Aktueller Rückkaufwert: Betrag: €
<b>Kapitallebensversicherung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

- Versicherung-Nr.: Institut:		Aktueller Rückkaufwert: Betrag: €
- Versicherungs-Nr.: Institut:		Aktueller Rückkaufwert: Betrag: €
<b>Sterbeversicherung/ Lebensversicherung auf den Todesfall</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Versicherung-Nr.: Institut:	Versicherungssumme Betrag:	€
	Aktueller Rückkaufwert Betrag:	€
- Versicherungs-Nr.: Institut:	Versicherungssumme Betrag:	€
	Aktueller Rückkaufwert Betrag:	€
<b>Bausparvertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktueller Rückkaufwert: _____ €
<b>Haus- und Grundvermögen, falls ja, wo?</b> (wenn ja, sind weitere Angaben auf einem anderen Vordruck erforderlich, der Ihnen dann gesondert zugeschickt wird)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
Anschrift:		
<b>Sonstiger Grundbesitz:</b> (wenn ja, sind weitere Angaben auf einem anderen Vordruck erforderlich, der Ihnen dann gesondert zugeschickt wird)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Bauland <input type="checkbox"/> Gartenland
Anschrift:		
<b>Kraftfahrzeug(e):</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Fahrzeugschein bzw. Zulassungsbescheinigung Teil 1	
- amtl. Kennzeichen: - Typ, Modell, Baujahr, Kilometer-Leistung:		
<b>Bestattungsvorsorgevertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Institut:		Vorsorgebetrag: €
<b>Grabpflegevertrag:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Institut:		Gesamtbetrag: € oder <input type="checkbox"/> jährliche Zahlung ca. €
<b>Sonstige Forderungen:</b> (bitte genaue Bezeichnung der Forderung und gegen wen sie besteht)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	→ z. B. aus Darlehen, Erbe, Pflichtteil, Außenstände, Schmerzensgeld, Schadenersatz usw.





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 beigefügte Dokument zum Datenschutz sorgfältig durch!

**Ich bestätige, dass ich die beiliegenden 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 beigefügt? 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)
- **Einkommens- und Vermögensnachweise** (siehe Nummer 6-8)
- **Bankauskunft** (Den Vordruck finden Sie bei den Formularen.)

### Bei Beantragung von Hilfsmitteln zusätzlich einzureichen:

- 2 vergleichbare **Kostenvoranschläge**

### Bei Leistungen für Wohnraum zusätzlich einzureichen:

- **Einverständniserklärung Ihres Vermieters zu den Umbaumaßnahmen** (Den Vordruck finden Sie bei den Formularen.)
- **Fotos** von der Wohnsituation (wenn möglich)

### Bei Leistungen für einen Fahrdienst zusätzlich einzureichen:

- Ausgefüllte **Fahrzieltable** (Bitte geben Sie an, welche Fahrten Sie in den nächsten 12 Monaten voraussichtlich machen möchten.) (Den Vordruck finden Sie bei den Formularen.)

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