



Eingangsstempel

KANN AUCH ÜBER IHR BÜRGERMEISTERAMT EINGEREICHT WERDEN

Folge- oder Erst-

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

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

für

Frau/Herrn

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ggf. vertreten durch:

- gesetzliche Betreuung, Vormundschaft, bevollmächtigte Person (bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen)
 Sorgeberechtigte/n

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer, email

Welche Hilfe möchten Sie beantragen und weshalb?

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

Haben Sie schon einmal Eingliederungshilfe erhalten? (z.B. Anbieter von besonderen Wohnformen, andere Assistenzleistungen, Werkstätten,...)

- ja
 nein

Wenn ja, bis wann zuletzt und von welchem Träger?

BITTE BEACHTEN SIE:
UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRÄGE WERDEN ZURÜCKGESCHICKT UND
VERZÖGERN DIE BEARBEITUNG

A Daten der antragstellenden Person

1. Personendaten

Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsname	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Für ausländische Staatsangehörige: Art des Aufenthaltstitels Aufenthaltstitel gültig bis	
Arbeitserlaubnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand	
Art des Schulabschlusses	
Erlerner Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit	

- **Bisherige Aufenthaltsverhältnisse** Tatsächliche Aufenthalte (muss nicht unbedingt mit der polizeiliche Meldeadresse übereinstimmen) in den letzten sechs Monaten

Ort	von	bis

2. Daten der Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Adresse		
falls bereits verstorben, Sterbedatum		

3. 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	
Adresse	
falls bereits verstorben, Sterbedatum	

4. 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		
Adresse		

5. Behinderung

Art der Behinderung (falls vorhanden, bitte Kopie aktueller Arztberichte beilegen)	
Schwerbehindertenausweis (falls ja, bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grad der Behinderung / Merkzeichen	_____ % GdB Merkzeichen: _____
Ursache der Behinderung	
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
Falls ja, 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 (BFDG) <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, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)
Falls ja, als	<input type="checkbox"/> Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r

6. Bankverbindung

Name der Bank	
IBAN	
Kontoinhaber	

7. Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung

Pflegegrad (falls ja, bitte aktuelles Pflegegutachten beilegen)	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt
Ggf. seit wann	
Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	<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 / Arbeitgeber	
beihilfeberechtigte Person	
Beihilfestelle und - nummer	

9. Rentenversicherung

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

10. Agentur für Arbeit

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

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.

Die Datenschutzbestimmungen des Landratsamtes Freudenstadt und die Datenschutzhinweise (Art. 13 Datenschutzgrundverordnung) finden Sie unter www.landkreis-freudenstadt.de

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 Eingliederungshilfeleistungen zurückzahlen muss. Alle Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder des Betreuers/Bevollmächtigten

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.