

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



Landkreis Diepholz
... gut miteinander leben.

Eingliederungshilfe Erwachsene

Welche Maßnahme/n stellen Sie sich vor? (freiwillige Angabe)

Eingangsstempel

Wenn möglich, sind folgende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- **Fachärztliche Unterlagen mit ICD-10 Diagnose**
(Wird zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen benötigt)
- **Nachweise zur finanziellen Situation (soweit erforderlich)**
(z.B. Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres)
- **Sonstige Nachweise/Unterlagen**
(z.B. Betreuerausweis/Bestellungsurkunde, Schwerbehindertenausweis, Feststellung eines Pflegegrades)

Landkreis Diepholz
FD 50 – Team Eingliederungshilfe
Niedersachsenstraße 2
49356 Diepholz

Telefon: 05441/976-4217

Fax: 05441/976-1780

E-Mail: soziales@diepholz.de

1. Antragsteller/in - Hilfesuchende Person

Persönliche und häusliche Verhältnisse	Antragsteller/in	Ehegatte/in – Lebenspartner/in
Familienname		
Vorname(n)		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift		
IBAN der antragstellenden Person:		
BIC		
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer (Notwendig für Rückfragen)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer/innen) → bitte Kopie vom Aufenthaltstitel beifügen		
In Deutschland lebend seit (Angabe des Jahres)		

1.1 Eltern

Familiename		
Vorname		
	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am: _____	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am: _____
	<input type="checkbox"/> verheiratet - zusammenlebend <input type="checkbox"/> verheiratet – getrennt lebend <input type="checkbox"/> voneinander geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> unverheiratet - zusammenlebend <input type="checkbox"/> unverheiratet – getrennt lebend	

1.2 Weitere zum Haushalt gehörende Personen (z.B. Kinder, Geschwister)

	1	2	3	4
Familiename				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verwandtschaftsverhältnis				

2. Wohnort –

2.1 aktuelle Wohnsituation

<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

2.2 Umzug innerhalb der letzten 2 Monate

In den zwei Monaten vor Antragstellung habe ich mich unter der o.g. Anschrift aufgehalten.

ja nein (Angaben, unter welcher Adresse)

Anschrift, PLZ, Wohnort	Von... bis... (Datum)
Anschrift, PLZ, Wohnort	Von... bis... (Datum)

3. Betreuungsverhältnis

(wenn ja, bitte eine Kopie der Bestellsurkunde beifügen)

Name Betreuer/in, Vormund	
Anschrift/Adresse	

Betreuungskreise	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Sonstige
Gerichtsbeschluss zur Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB	<input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom _____ Befristet bis: _____ Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____	

4. Schulische Laufbahn / berufliche Situation

 ohne Schulabschluss

 ohne Berufsabschluss

Erreichter Schulabschluss	
Weitere Bildungsabschlüsse	
Erlerner Beruf	
Zuletzt ausgeübter Beruf	
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	
Sonstiges	

4.1 Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit bis heute

Zeitraum /Jahr				
Arbeitsverhältnis / Tätigkeit				

5. Kranken-/ und Pflegeversicherung

 familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

 privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

Kranken-/Pflegekasse	
Anschrift der Kranken- Pflegekasse	
Mitgliedsnummer	

6. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

(Bitte eine Kopie vom Bescheid der Pflegekasse und des aktuellen MDK-Gutachtens beifügen)

<input type="checkbox"/> <u>keine</u> Einstufung <input type="checkbox"/> eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde <u>gestellt</u> am _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde <u>abgelehnt</u> am _____

7. Gesundheitliche Situation

7.1 Diagnostik /Facharztanbindung

- Facharztanbindung gegeben (bitte aktuelle Diagnose übersenden oder Schweigepflichtenbindung ausfüllen)
- keine Facharztanbindung (Vorstellung beim Gesundheitsamt erforderlich)

7.2 Schwerbehindertenausweis/Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht

(Bitte eine Kopie des Feststellungsbescheides und – soweit vorhanden – eine Kopie des Ausweises beifügen)

- Keine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht ist beantragt abgelehnt

- ja, mit Grad der Behinderung 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- befristet bis _____

7.3 Verursachung durch Dritte

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z.B. Gewalttat nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Unfall, Impfschaden, mangelnde ärztliche Behandlung) zurück?

- nein ja (Bitte weitere Angaben machen)

Art der Schädigung/Ursache	
Weitere Angaben/Sachverhalt (Gerichtsurteil/e, Schadensersatzansprüche usw.)	

8. Frühere Leistungen der Eingliederungshilfe (Zuständigkeit)

Wurden in der Vergangenheit oder werden laufend Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?

- nein ja (Bitte weitere Angaben machen)

Leistungsträger (Behörde)	
Anschrift	
Zeitraum (von...bis...)	

9. Weitere Unterstützungen - Leistungen anderer Träger

Haben Sie für denselben Zweck bereits einen Antrag auf Leistungen bei einem anderen Leistungsträger gestellt?

Leistung der	Nein	Ja	Wo wurde der Antrag gestellt? (Bitte auch Aktenzeichen angeben)
Gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kriegsopferversorgung und -fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Öffentlichen Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Finanzielle Situation

Unter bestimmten Voraussetzungen ist bei Leistungen der Eingliederungshilfe ein Eigenbeitrag aufzubringen. Dies ist davon abhängig, welche Leistung/en der Eingliederungshilfe angestrebt werden und welche Einkommens- und Vermögenssituation Sie haben.

Unter folgenden Voraussetzungen erfolgt keine Anrechnung des Einkommens oder Vermögens, so dass auch keine Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen erforderlich sind:

- Sie beantragen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (z.B. Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe)
- Sie beantragen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Budget für Arbeit oder die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen)
- Sie beantragen Leistungen zur Teilhabe an Bildung (z.B. Schulassistenz oder Hochschulhilfe)
- Sie beziehen bereits beitragspflichtige Leistungen der Eingliederungshilfe und möchten für den gleichen Zeitraum weitere Leistungen beantragen.

Aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten ist diese Aufzählung nicht abschließend. Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, die in der obigen Liste nicht aufgeführt wurde oder wenn Sie noch nicht sicher sind, welche Leistung Sie benötigen, kann es für die Bearbeitung Ihres Antrages hilfreich sein, wenn Sie hier Angaben zu Ihrem Einkommen und Vermögen machen.

10.1 Einkommen

(Bitte geben Sie an, welche Einkommen Sie grundsätzlich beziehen)

- Erwerbs-/Berufstätigkeit
- Rentenarten (§ 33 SGB IV, z.B. (Regel)Alters-/Erwerbsminderungsrente/Sonstige)
- Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)
- Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht
- Unterhalt von ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen
- Krankengeld/Übergangsgeld
- Arbeitslosengeld I (SGB III)
- Arbeitslosengeld (SGB II)
- Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (SGB XII)
- Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)
- Wohngeld (SGB XII)
- Sonstiges: _____

10.2 Staatliche Leistungen

(z.B. Arbeitslosengeld, Hilfe zur Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Landesblindengeld, Blindenhilfe oder Kindergeld)

- ja, ich beziehe staatliche Leistungen und zwar:
 - Bürgergeld (bis 2022 „Hartz IV“)
 - Hilfe zum Lebensunterhalt
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - Sonstige: _____

(Weitere Angaben zum Einkommen und Vermögen sind in diesem Fall nicht erforderlich. Dem Antrag fügen Sie bitte einen aktuellen Bescheid bei.)

- nein, ich beziehe keine staatlichen Leistungen **(Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Einkommen und Vermögen)**

10.3 Einkünfte des Vorvorjahres

- nein, ich habe keine Einkünfte im Vorvorjahr
 ja (Bitte weitere Angaben machen)

Bitte geben Sie die Jahreseinkünfte des Vorvorjahres (aktuelles Jahr – 2 Jahre) an.

Einkommensart	Jahreseinkünfte (Brutto)
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus Kapitalvermögen	€
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€
Sonstige Einkünfte	€
Bitte als Nachweis den Einkommenssteuerbescheid einreichen.	

- Ich habe **keine** Einkommenssteuerklärung für das Vorvorjahr.
 (Weisen Sie Ihre Einkünfte bitte z.B. durch Belege/Abrechnungen nach)

10.4 Renteneinkünfte des Vorvorjahres

- nein, ich habe kein Renteneinkünfte
 ja (Bitte weitere Angaben machen)

Bitte geben Sie die Renteneinkünfte des Vorvorjahres (aktuelles Jahr – 2 Jahre) an.

Rentenart	<input type="checkbox"/> Regelaltersrente	<input type="checkbox"/> Ausgleichsrente
	<input type="checkbox"/> ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Berufs-/Schadensausgleichsrente
	<input type="checkbox"/> Betriebsrente	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente
	<input type="checkbox"/> Rente wegen voller Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> Grundrente
	<input type="checkbox"/> Private Rente (z.B.: Riester)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Altersrente
	<input type="checkbox"/> Sonstige Rente	<input type="checkbox"/> Unfallrente
	<input type="checkbox"/> Waisenrente	<input type="checkbox"/> Waisengeld
		<input type="checkbox"/> Witwen-/Hinterbliebenenrente
Jahresbetrag (Brutto)		€
Bitte Nachweis/e zur Rente des Vorvorjahres einreichen.		

10.5 Angaben zum aktuellen Einkommen

- nein, ich habe kein aktuellen Einkünfte
 ja (Bitte weitere Angaben machen)

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem voraussichtlichen Bruttoeinkommen für das aktuelle Kalenderjahr.

Einkommensart	Jahreseinkünfte (Brutto)
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus Kapitalvermögen	€
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€
Sonstige Einkünfte	€
Bitte als Nachweis Belege/Abrechnungen über das bisherige Einkommen einreichen.	

10.6 Angaben zum Vermögen und Schulden

- nein, ich habe kein Vermögen
 ja (Bitte weitere Angaben machen)

- nein, ich habe keine Schulden
 ja, ca. _____ €

Vermögensart	Betrag/Summe
Barvermögen (auch Guthaben auf Konten, Sparverträge)	€
Bausparvertrag	
Name der Versicherung	Aktuelle Ansparsumme €
Versicherungsnummer	
Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorgeverträge	
Name der Versicherung	Aktuelle Ansparsumme €
Versicherungsnummer	Rückkaufwert €
Wertpapiere/Aktien/Depotkonten/Fonds	Gesamtwert €
Haus- und Wohnungseigentum / Grundbesitz (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> nein, kein Haus- und Wohneigentum
	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweise zum Wert, Größe und Lage einreichen!)
	Aktueller Wert €
Kraftfahrzeug	
Art des Kraftfahrzeugs, Marke	Das Kraftfahrzeug ist
Baujahr	<input type="checkbox"/> mein Eigentum
Kilometerstand	<input type="checkbox"/> geleast
	<input type="checkbox"/> finanziert
	Aktueller Wert €
Lebensversicherung	
Name der Versicherung	Aktuelle Ansparsumme €
Versicherungsnummer	
Private Altersvorsorge (z.B. Riester-Renten)	
Name der Leistungsträgers	Aktuelle Ansparsumme €
	Rückkaufwert €
Sonstiges Vermögen	
Art des Vermögens	€
Art des Vermögens	€
Bitte weisen Sie alle Vermögenswerte nach.	

11. Hinweise und Schlusserklärungen

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen und finanziellen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einer/einem Mitarbeiter/in der Behörde des Trägers der Eingliederungshilfe anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommen- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug unterhaltsberechtigter Kindern) anzeigen.

12. Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechender Vorschriften und Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert.

Beteiligung anderer Träger

- Ich stimme zu, dass andere Träger z.B. Pflegeversicherung, Integrationsamt, Jobcenter, örtliches Sozialamt, Krankenkasse, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit im Sinne von §§ 22, 117 SGB IX im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens beteiligt werden dürfen.

Datum:	Unterschrift/en Hilfesuchende Person und/oder gesetzliche Vertretung _____	<input type="checkbox"/> Antrag aufgenommen	<input type="checkbox"/> Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft
		Datum:	Unterschrift: