

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

Bitte vollständig ausfüllen, Unzutreffendes streichen und Nachweise beifügen.

1 Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen				
		<input type="checkbox"/> Hilfesuchende/r (HS) <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> nicht getr. lebender Ehegatte / Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in <input type="checkbox"/> Vater bei unverh. Minderj.	<input type="checkbox"/> Mutter bei unverh. Minderj.
Name				
Vorname				
Anschrift Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort:				
Telefon:				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
seit:				
Staatsangehörigkeit				
bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in <input type="checkbox"/> Aufenthalts-/Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Sonstige/r Ausländer/in	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in <input type="checkbox"/> Aufenthalts-/Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Sonstige/r Ausländer/in	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in <input type="checkbox"/> Aufenthalts-/Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Sonstige/r Ausländer/in	
bei 15 – 67-Jährigen: Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf, z.Z. ausgeübte Tätigkeit				
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein GdB: _____ Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein GdB: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein GdB: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein GdB: _____
	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> beantragt am

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r: Anschrift Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort: Telefon:			

2 Weitere unterhaltsberechtignte Kinder im Haushalt		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

3 Angaben zur Behinderung				
Welche Behinderung liegt vor?				
Welche Einschränkungen haben Sie aufgrund Ihrer Behinderung?				
Beruhet die Behinderung auf einem...	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Geburtsschaden	<input type="checkbox"/> Impfschaden	<input type="checkbox"/> Vorsätzlichen oder rechtswidrigen tätlichen Angriff
Bestehen Ansprüche gegen die schädigende Person oder dessen Versicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Sie mit „Ja“ geantwortet haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:			
	Schädigende Person: _____ Versicherung: _____ Versicherungsnummer: _____			

4 Kranken- und Pflegeversicherung				
Name der Kranken-/ Pflegekasse	Art der Versicherung <ul style="list-style-type: none"> • gesetzlich versichert • privat versichert • nicht versichert 	Mitgliedschaft besteht/bestand		Versicherungsnummer
		von	bis (falls Ende bekannt)	

5 Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	
<input type="checkbox"/>	Ja (Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid und das aktuelle Pflegegutachten bei)
<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am _____ (Datum)

6 Was möchten Sie konkret beantragen (z. B. Assistenzleistung, Mobilitätshilfen, Hilfsmittel)? Warum benötigen Sie diese Leistung?	
Bitte den Antrag hier in Stichworten begründen, ggf. Beiblatt beifügen.	
Wenn Sie eine KFZ-Hilfe beantragen wollen, füllen Sie bitte auch die Anlage „KFZ-Hilfe“ aus!	
Wann wurde erstmalig ein Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt?	
Wo waren Sie zum Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung wohnhaft?	
Wurde die Leistung für mindestens sechs Monate unterbrochen bzw. beendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wo soll die Leistung erbracht werden (eigene Wohnung, besondere Wohnform)?	
Aufenthalt vor Hilfebeginn:	<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Andere Wohnung (Eltern, Lebenspartner usw.) <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung (Krankenhaus, Mutter-Kind-Einrichtung, JVA o. ä.) Art der Einrichtung: _____ Name, Anschrift: _____ _____

7 Einkommen		
<p>Fügen Sie bitte den Einkommenssteuerbescheid oder Rentenbescheid des <u>Vorvorjahres</u> bei. Liegt Ihnen dieser nicht vor oder haben sich erhebliche Änderungen in Ihren Einkommensverhältnissen ergeben, weisen Sie bitte Ihr aktuelles Einkommen nach (bspw. aktuelle Gehaltsmitteilungen, aktueller Rentenbescheid, usw.) Bei minderjährigen Personen ist auch das Einkommen der im Haushalt lebenden Eltern oder des Elternteils anzugeben.</p>		
Art des Einkommens	Betrag (brutto) in Euro	Rentenzeichen, Steuernummer usw.

8 Vermögen (z. B. Bargeld, Guthaben auf Spar- und Girokonten und sonstiges Vermögen)		
		Betrag in Euro
Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Girokonto (Auszüge der letzten 3 Monate, lückenlos)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Paypal-Konten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lebensversicherung / Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rückkaufwert:
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rückkaufwert:
Wertpapiere (Anlageform / Institut)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Forderungen (Schadensersatz, Schmerzensgeld, Außenstände, Wohnrecht, Taschengeld, Nießbrauchrecht usw.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstiges Vermögen (hochwertige Gegenstände, wie z. B. KFZ)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nähere Beschreibung des sonstigen Vermögens		
Nähere Beschreibung des sonstigen Vermögens		
Nähere Beschreibung des sonstigen Vermögens		

9	Vermögensübertragung		
Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?			
<input type="checkbox"/> Ja, in den letzten 10 Jahren		<input type="checkbox"/> Ja, vor über 10 Jahren	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Sollten Sie eine der zuvor genannten Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, füllen Sie bitte die folgenden Zeilen aus:			
Begünstigte/r	Art der Zuwendung	Höhe / Wert der Zuwendung	

10	Immobilien und Grundstücke		
Sind Sie (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und /oder Grundbesitz?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Immobilie	Lage (wenn vorhanden, Wertermittlung beifügen)	Größe in m² (a) Grundstücksfläche (b) Wohnfläche	
Hauseigentum		(a)	(b)
Wohnungseigentum		(a)	(b)
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		(a)	
Sonstiges Haus- oder Grundvermögen		(a)	

11	Zahlung der Hilfe		
IBAN	BIC	Kontoinhaber/in	Geldinstitut

12	Einverständniserklärung
Zustimmung zur Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach § 22 SGB IX:	
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger nach § 22 SGB IX andere öffentliche Stellen (z. B. Pflegeversicherung, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde) in die Erstellung des Teilhabeplanes einbezieht, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes erforderlich ist.</p> <p>Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass notwendige Daten, sofern es zur Prüfung und Feststellung des Bedarfs erforderlich ist, an andere Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX sowie an die Untere Gesundheitsbehörde des Kreises Coesfeld übermittelt werden dürfen.</p>	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

13 Hinweise

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I –).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 StGB - Betrug -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistungen erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Ich bin unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Eingliederungshilfe übergeleitet werden können.

Mir ist bekannt, dass die Datenerhebung auf Grundlage des § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X und die weitere Datenverarbeitung auf Grundlage des § 67b Abs. 1 SGB X erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Hilfesuchenden bzw.
bei Minderjährigen der Eltern/Personensorgeberechtigten

**Hinweise zum Schutz Ihrer persönlichen Daten
gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

1. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Wenn Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) stellen, werden Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erhoben. Die Angaben werden zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung benötigt. Bezüglich der Auskünfte von Banken kann eine gesonderte, widerrufbare Befreiung vom Bankgeheimnis von Ihnen gefordert werden.

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung personenbezogener Daten sind die §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 DSGVO. Sozialdaten dürfen an die in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach dem SGB I wahrnehmen. Darüber hinaus können zur Erfüllung der gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger (bspw. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte) übermittelt werden.

Sollten Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeitet werden, werden Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vorab darüber informiert.

2. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks

3. Ihre Betroffenenrechte

- Auskunft über Ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Artikel 16 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)