

Kreisverwaltung Altenkirchen
Abteilung 4 (Sozialamt)/ Referat 41 (Soziales)
Parkstraße 1
57610 Altenkirchen

Aktenzeichen

41/

Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) (§§ 90 ff. SGB IX)

Hilfeform: ambulante Betreuung, Tagesstätte, _____

Persönliche Angaben (Antragssteller/in):

Familiename / Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
PLZ, Wohnort:		Straße, Nr.:	
Aufenthaltort in den letzten zwei Monaten vor Antragsstellung, falls abweichend (ggf. Wohnortswechsel):			
Staatsangehörigkeit:		Steuer-ID:	
Telefonnummer (*):		E-Mail (*):	
Familienstand:		seit:	
Angaben Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in: Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum/ -ort: _____ Anschrift: _____			
Gesetzlicher Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r: Name: _____ Telefon: _____ Anschrift: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
Erhalten Sie bereits Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung? (wenn ja, Behörde angeben!) <input type="checkbox"/> ja: _____ (Behörde) <input type="checkbox"/> nein			
Wurden in den letzten 6 Monaten vor Antragsstellung bereits ein Antrag auf Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeleistungen gestellt? (wenn ja, Behörde angeben!) <input type="checkbox"/> ja bei: _____ (Behörde) <input type="checkbox"/> nein			

Bankverbindung: IBAN:		BIC:	
Kreditinstitut:		Kontoinhaber:	

Wurde die Behinderung durch einen Unfall (oder sonstige Schädigung durch einen Dritten) verursacht? ja nein

Rentenversicherung:

Name der Rentenversicherung:	Anschrift:
Rentenversicherungsnummer:	<input type="checkbox"/> keine Rentenversicherung vorhanden

*= freiwillige Angabe

Kranken- und Pflegeversicherung:

Es besteht folgender Kranken- und Pflegeversicherungsschutz:	
<input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> keine Versicherung	
Name der Krankenkasse/ Versicherung:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Es liegt folgender Pflegegrad vor: (Gutachten bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Es wurde ein Antrag auf Pflegegrad gestellt <input type="checkbox"/> Es liegt <u>kein</u> Pflegegrad vor.

Schwerbehinderung:

Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> nein
<u>Wenn ja</u> , bitte Kopie vom Schwerbehindertenausweis beifügen.

Einkommensverhältnisse:

Summe der Einnahmen des Vorvorjahres i.S.d. § 2 Abs. 2 EStG

Wir bitten um Vorlage des Steuerbescheides des Vorvorjahres

kein Steuerbescheid vorhanden

Sollte dieser Steuerbescheid nicht existieren oder die aktuellen Einkünfte erheblich vom Vorvorjahr abweichen, bitten wir um Ausfüllung der folgenden Tabelle.

Hier sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert des Antragstellers/der Antragstellerin anzugeben (z. B.: Lohn, Gehalt, Rente, Pensionen, Kindergeld, Grundsicherung nach dem SGB II und SGB XII, Wohngeld, Krankengeld, Miet- und Pachteinnahmen, Unterhalt, Zinserträge, etc.)

Einkommensart	monatlicher Betrag

(Nur auszufüllen, wenn Steuerbescheid des Vorvorjahres nicht vorhanden ist.)

Vermögensverhältnisse:

Hier sind alle vorhandenen Vermögensgegenstände anzugeben (z. B.: Girokonten, Aktien, Sparbücher, Bausparverträge, Bestattungsvorsorgeverträge, Rentenversicherungen, Lebens-, und Sterbegeldversicherungen, Forderungen aus Darlehen, etc.)

Vermögensart	Konto- bzw. Vertragsnummer	Betrag/ Stand/ Rückkaufswert (aktuell)

Grundbesitz bzw. Haus- oder Wohneigentum:

Ihr Wohnverhältnis? <input type="checkbox"/> Eigenheim/ Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Mietverhältnis

Sind Sie Eigentümer/in von Grundbesitz bzw. Haus- oder Wohneigentum?

nein

Wenn ja, bitte folgende Angaben ergänzen:

<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> Grundbesitz
Verkehrswert:	Baujahr:	
Grundstücksgröße:	Wohnfläche:	

(Grundbuchauszug bitte beifügen)

Eigentum an Kraftfahrzeugen:

Sind Sie Eigentümer/in eines Kraftfahrzeuges?

nein

Wenn ja, bitte folgende Angaben ergänzen:

<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> Motorrad/ Mofa	<input type="checkbox"/> sonstiges Fahrzeug:
Hersteller:	Modell:	
Erstzulassung:	Kilometerstand:	

(Fahrzeugschein/ Zulassungsbescheinigung bitte beifügen)

Vermögensrechtliche / privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten:

Haben Sie in Vergangenheit Vermögen verschenkt, übertragen oder veräußert?

nein

Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:

<input type="checkbox"/> Grundvermögen <input type="checkbox"/> Geldvermögen <input type="checkbox"/> Versicherungen	Verschenkt/ übertragen / veräußert an:	Übertragen am:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:
<input type="checkbox"/> Grundvermögen <input type="checkbox"/> Geldvermögen <input type="checkbox"/> Versicherungen	Verschenkt/ übertragen / veräußert an:	Übertragen am:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:
<input type="checkbox"/> Grundvermögen <input type="checkbox"/> Geldvermögen <input type="checkbox"/> Versicherungen	Verschenkt/ übertragen / veräußert an:	Übertragen am:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:

Besitzen Sie Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen?

nein

Wenn ja, bitte folgende Angaben ergänzen:

Wohnrecht Nießbrauchrecht Recht auf Pflege Leibrente sonstiges

Antragsbegründung (bitte unbedingt und detailliert ausfüllen, evtl. Beiblatt verwenden):

Erklärung:

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich nach den §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil- (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet bin und alle Tatsachen und Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen habe. Dies gilt insbesondere für Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse oder im Zusammenhang mit der Hilfe abgegebenen Erklärungen. **Nach § 66 SGB I kann eine beantragte Leistung abgelehnt werden bzw. eine bereits bewilligte Leistung eingestellt werden, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme.**

Wenn ich bei Antragstellung **falsche Angaben** gemacht habe oder später eingetretene Veränderungen nicht unverzüglich mitteilen werde und dadurch der Träger der Eingliederungshilfe zu Unrecht Aufwendungen getragen hat, wird die Rückforderung der zu viel gezahlten Sozialhilfe vorbehalten.

Allgemeine Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage des Kreises Altenkirchen (www.kreis-altenkirchen.de) unter: Datenschutz (unten beim Impressum) à Datenschutzerklärungen der Fachbereiche à Sozialhilfe, Eingliederungshilfe. Dort finden Sie entsprechend auch eine Datenschutzerklärung in einfacher Sprache (Datenschutzerklärung Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (einfache Fassung)). Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin übersenden wir Ihnen die Datenschutzerklärung auch in ausgedruckter Form.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe sich notwendige Informationen und Unterlagen bei anderen Behörden, Institutionen, Einrichtungen, etc. beschaffen kann, die für die Antragsbearbeitung notwendig sind.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragsteller bzw.
gesetzl. Betreuer/in,
Bevollmächtigte/r)

Benötigte Unterlagen bzw. Nachweise für die Übernahme der (ungedeckten) Kosten durch das Sozialamt:

- Medizinische Unterlagen über die Beeinträchtigung (Diagnosen + ICD-10 Kodierung)
- Schwerbehindertenausweis und/oder Bescheid hierzu
- Pflegegutachten der Pflegekasse über den Pflegegrad (falls Einstufung erfolgt ist)
- Vollmacht oder Betreuungsurkunde (falls vorhanden)
- Steuerbescheid des Vorjahres (falls nicht vorhanden Einkommensunterlagen)
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate
- aktuelle Versicherungsscheine/ -policen über Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Bausparverträge, etc.
- Sparbücher, Bargeld, sonstiges Vermögen
- notarielle Verträge (z. B. Wohnrechte, Nießbrauchrechte, Übergabeverträge)
- Steueridentifikationsnummer, welche Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde (Bitte beachten: Hier ist nicht die Steuernummer gemeint!)
Sollte Ihnen Ihre Steueridentifikationsnummer nicht bekannt sein, besteht die Möglichkeit, diese bei der örtlichen Verbandsgemeindeverwaltung anzufordern.
- nur bei Hausbesitz: Lageplan, Grundrisszeichnungen, Wohnfläche

Sollte eine persönliche Antragsaufnahme hier im Hause gewünscht sein, wenden Sie sich an folgende Mitarbeiter:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine vorherige Terminvereinbarung empfehlenswert ist

Michelle Böhmer, Telefon: 02681/81-2423, E-Mail: michelle.boehmer@kreis-ak.de

**Für den Bereich: - ambulante Betreuung (Nachnamen: H – K)
- betreutes Wohnen nach öffentlich-rechtlichen Vertrag**

Susanne Gutacker, Telefon: 02681/81-2421, E-Mail: susanne.gutacker@kreis-ak.de

Für den Bereich: - ambulante Betreuung (Nachnamen: A – G)

Katharina Hermann, Telefon: 02681/81-2472, E-Mail: katharina.hermann@kreis-ak.de

**Für den Bereich: - ambulante Betreuung (Nachnamen: S)
- Unterbringung Kinder mit Behinderung in Pflegefamilien**

Sina Lenz, Telefon: 02681/81-2420, E-Mail: sina.lenz@kreis-ak.de

Für den Bereich: - ambulante Betreuung (Nachnamen: L – R & T – Z)

Tu Linh Ky, Telefon: 02681/81-2416, E-Mail: tu-linh.ky@kreis-ak.de

Für den Bereich: - Tagesstätte