

Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) (§§ 90 ff. SGB IX) sowie auf Leistungen des notwendigen Lebensunterhaltes nach dem Sozialgesetzbuch –Zwölftes Buch– (SGB XII) (§ 27c i.V.m. § 27b SGB XII)

Hilfeform:	Leistungserbringung über Tag und Nacht (ehemals „vollstationär“) für <input type="checkbox"/> Minderjährige <input type="checkbox"/> Junge Volljährige in besonderen Ausbildungsstätten (z.B. Internate) <input type="checkbox"/> Junge Volljährige in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche
------------	--

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:	
Familienstand:		seit:	
Gesetzlicher Betreuer/in, Bevollmächtigte/r:			
Name:		Telefon:	
Anschrift:		Fax:	
		E-Mail:	

Persönliche Angaben (Eltern):

	Mutter	Vater
Familiename		
Vorname		
Geburtstag		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		

Postleitzahl, Ort		
tagsüber telefonisch zu erreichen unter: (für Rückfragen)		
Mailadresse		
berufliche Tätigkeit		

Geschwister

	1	2	3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geschlecht			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
berufliche Tätigkeit			

Wurde die Behinderung durch einen Unfall (oder sonstige Schädigung durch einen Dritten) verursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kranken- und Pflegeversicherung (Antragsteller/in):

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.

Einkommensverhältnisse (Antragsteller/in und Eltern):

Hier sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert des Antragstellers/der Antragstellerin und der Eltern 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

Wirtschaftliche Belastungen der Bedarfsgemeinschaft:

Wohnverhältnisse:

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

Falls wohnhaft zur Miete:

Mtl. Miete	
Nebenkosten	
Heizkosten <input type="checkbox"/> Mit Warmwasser <input type="checkbox"/> ohne Warmwasser (Durchlauferhitzer)	
Ggfs. anteilige Gemeinschaftskosten	

Alle Angaben sind anhand des Mietvertrages nachzuweisen!

Falls wohnhaft in Eigenheim/Eigentumswohnung:

Schuldzinsen für bauliche Maßnahmen (aus Darlehensverpflichtungen) und dauernde Lasten (z.B. bei Erbpacht)	
Aufwendungen für ordnungsgemäße Erhaltung	
Steuern für Grundbesitz	
Gebäudeversicherungen (einschließlich Haftpflichtversicherung)	
Öffentliche Abgaben und Gebühren	
Wassergeld	
Müllabfuhrgebühren	
Kanalgebühren	
Schornsteinfegergebühren	
Laufende Kosten für Kosten für Sondereinrichtungen	
Sonstige Bewirtschaftungskosten	
Heizung <input type="checkbox"/> Mit Warmwasser <input type="checkbox"/> ohne Warmwasser (Durchlauferhitzer)	

Alle Angaben sind anhand von schriftlichen Unterlagen (Verträge, Vereinbarungen, Abgaben-/ Gebührenbescheide, Abrechnungen) nachzuweisen!

Bitte beachten Sie, dass Tilgungsbeträge grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind!

Fahrtkosten zur Arbeitsstätte

Es werden grundsätzlich nur die Kosten einer Monatskarte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt	
Monatskarte für (Name)	
Monatskarte für (Name)	
Ist ein öffentliches Verkehrsmittel nicht vorhanden oder dessen Benutzung unzumutbar, kann auch eine Entfernungspauschale für ein Kraftfahrzeug anerkannt werden	Begründung, z. B. <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeit
Fahrzeugart	
Hubraum in cm ³	
Kürzeste Entfernung von der Wohnung zur Arbeitsstätte (in km)	
Fahrgemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beiträge für Berufsverbände/Versicherungen:

Beiträge für	Betrag monatlich, Laufzeit des Vertrages o.ä.
Beiträge für Berufsverbände	
Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen	
Alterssicherung	
Lebensversicherung	
private Krankenversicherung	
Unfallversicherung	
Sterbegeldversicherung	
Haftpflichtversicherung	
Hausratversicherung	
Sonstige Belastungen (Angabe über die Verpflichtung: Grund, mtl. Höhe der Belastung, Laufzeit)	

Antragsbegründung (bitte UNBEDINGT und DETAILLIERT ausfüllen):

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, Eltern)

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

- (möglichst aktuelle, zahlreiche) Medizinische Unterlagen über die Beeinträchtigung (Diagnosen + ICD-10 Kodierung)
- (sämtliche) Schulzeugnisse der letzten drei Schuljahre
- 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) des Antragstellers und der Eltern
- 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.
- bei Hausbesitz: Unterlagen zu Schuldzinsen, dauernden Lasten, Aufwendungen für eine ordnungsgemäße Erhaltung, Steuern vom Grundbesitz, Gebäudeversicherungen, öffentliche Abgaben und Gebühren
- bei Mietwohnungen: Mietvertrag

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

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

Jonas Möhrke, Telefon: 02681/81-2428, E-Mail: jonas.moehrke@kreis-ak.de