



DER KREISAUSSCHUSS DES LANDKREISES LIMBURG-WEILBURG

Sozialamt – Eingliederungshilfen

Schiede 43, 65549 Limburg



Antrag auf Eingliederungshilfe nach den Vorschriften des SGB IX

Erstantrag Folgeantrag

Bitte den Antrag **vollständig** ausfüllen!

Hilfesuchender:

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum/Ort _____ Fam.-Stand _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____ Telefon: _____

Staatsangehörigkeit _____ Erwerbstätigkeit ? Ja Nein

(wenn nicht „Deutsch“, Kopie des Aufenthaltstitels beifügen) Geschlecht m w d

Welche Eingliederungshilfemaßnahme beantragen Sie?

Maßnahme _____ geplanter Beginn _____

Name und Ort der Einrichtung _____

Begründen Sie den Antrag:

Med. Diagnose _____

Beschreiben Sie die Situation und welche Hilfen konkret benötigt werden

Art und Umfang der Behinderung:

geistige Behinderung körperliche Behinderung seelische Behinderung Mehrfachbehinderung

Diagnose: _____

Ärztl. Unterlagen: sind beigelegt werden nachgereicht

Schwerpunkt der Beeinträchtigung: _____

Ursache der Behinderung:

seit Geburt Unfall Impfschaden

Schadenersatzanspruch: Ja, gegen: _____
 Nein

Behindertenausweis vorhanden: Ja Nein beantragt

GdB _____ % Ausgestellt durch: _____

Merkzeichen: _____

Gültig bis _____ Kopie ist beigelegt wird nachgereicht

Einstufung in die Pflegeversicherung:

Pflegegrad: _____ Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

zusätzlicher Entlastungsbetrag /125,00 Euro) wird genutzt: ja nein

Bescheid ist beigelegt wird nachgereicht

Die Hilfen sollen von _____ bis _____ in Anspruch genommen werden
täglicher Bedarf: _____ Std.
wöchentlicher Bedarf: _____ Std: an _____ Tagen
monatlicher Bedarf: _____ Std. an _____ Tagen

Pflegedienstleistungen und andere vorrangige Ansprüche sind in dem aufgeführten zeitlichen Bedarf nicht enthalten, sie werden gesondert mit dem zuständigen Kostenträger (Pflegekasse etc.) abgerechnet.

Träger der Maßnahme: _____

Kontaktperson: _____

Tel.-Nr.: _____

Haben Sie oder Ihr(e) Partner(in) weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen noch Leistungen möglich wären?

Nein Ja und Zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich

als Kriegsbeschädigte/r Impfgeschädigt aus anderem Rechtsgrund: _____

Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein Ja, bei _____ Az.: _____

Bevollmächtigter: Ja Nein

(Person ist bevollmächtigt in meinem Namen meine Interessen zu vertreten)

Wenn ja, Name, Anschrift und Telefonnummer des Bevollmächtigten:

Kopie der Vollmacht: ist beigelegt wird nachgereicht

Besteht eine gesetzliche Betreuung: Ja Nein

Wenn ja, Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers:

Kopie des Betreuerausweises: ist beigelegt wird nachgereicht

Im Haushalt leben außer dem Hilfesuchenden folgende Personen:

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Pflegevater
Name: _____		Name: _____	
Vorname: _____		Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____		Geb.-Datum: _____	
Geb.-Ort: _____		Geb.-Ort: _____	
Adresse: _____ _____		Adresse: _____ _____	
Sorgeberechtigung für den Antragsteller: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Sorgeberechtigung für den Antragsteller: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Familienstand: _____		Familienstand: _____	
Staatsangehörigkeit: _____		Staatsangehörigkeit: _____	
Erwerbstätig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Erwerbstätig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Telefonnummer: _____		Telefonnummer: _____	
Mobilnummer: _____		Mobilnummer: _____	
E-Mail: _____		E-Mail: _____	

sonstige Angehörige (Geschwister, sonstige Personen)			
Name	Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis

Außerhalb des Haushaltes leben die nachstehend aufgeführten Familienangehörigen:

Eltern, Großeltern, Geschwister			
Name, Vorname	Wohnort	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis

Zurzeit werden die folgenden Hilfen gewährt oder sind beantragt:

Durch Institutionen	Art und Umfang der Hilfe	Beantragt (x)
Durch Familienangehörige		

Die Kostenübernahme für Leistungen der Eingliederungshilfe ist zum Teil einkommens- u. vermögensabhängig. Die nachfolgenden Angaben sind entbehrlich, wenn bereits Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt, Pflegegeld, Grundsicherung) bezogen werden.

Bei Hilfebezug: **Bescheid (Kopie) ist angefügt**

oder:

Einkommen

(bitte Nachweise vorlegen)	Antragsteller(in)	Weitere Person	3. Person
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)			
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)			
Gewerbebetrieb			
Land- und Forstwirtschaft			
Sonstige selbständige Tätigkeit			
Vermietung und Verpachtung			
Wohngeld / Lastenzuschuss / Pflegewohngeld			
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungs- leistung, Sonstige Renten / Pensionen)			
Sozialhilfeleistungen			
Grundsicherungsleistungen			
Asylbewerberleistungen			

	Antragsteller(in)	Weitere Person	3. Person
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz			
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)			
Leistungen des Arbeitsamtes (z.B. Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u.a.)			
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)			
Ausbildungsförderung			
Unterhalt			
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)			
Steuererstattung			
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)			
Sonstige Einkünfte			
<p>Werden die monatlichen Einkünfte in unterschiedlicher Höhe gezahlt, so ist das jeweilige Monatseinkommen zu einem schriftlich vereinbarten Termin mitzuteilen. Die Mitwirkungspflicht gem. § 60 ff. des Ersten Buches (I) Sozialgesetzbuch (SGB) gilt als nicht erfüllt, wenn der Nachweis nach dem vereinbarten Termin bei der Behörde eingeht (Posteingangsstempel des Landkreises). Das Sozialamt wird bis zur Nachholung dieser Mitwirkungspflicht die Leistung ganz versagen oder entziehen.</p>			

Vom Einkommen absetzbare Beträge

(bitte Nachweise vorlegen)	Antragsteller(in)	Weitere Person	3. Person
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvorsorgebeiträge			
Sterbeversicherung			
Haftpflichtversicherung			
Aufwendungen für Arbeitsmittel			
Beiträge für Berufsverbände			
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung			
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle			

Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit	Antragsteller(in)	Weitere Person	3. Person
- öffentlichen Verkehrsmitteln			
- PKW			
- Kleinst-Pkw (bis 500 ccm)			
- Motorrad			
- Mofa			
Sonstiges			
Nähere Begründung zu „Sonstiges“			

Vermögen und Ansprüche

(bitte Nachweise vorlegen)	Antragsteller(in)	Weitere Person	3. Person
Kein Vermögen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bargeld			
Bank-/Sparguthaben			
Wertpapiere			
Lebensversicherungen (Rückkaufwert)			
Staatl. geförderte Altersvorsorge			
Sterbegeldversicherung			
Hauseigentum			
Sonstiger Grundbesitz			
Kraftfahrzeug (Kfz-Schein)			
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteilsrechte)			
Sonstiges Vermögen			

Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, beantragt bei
Falls der Antrag abgelehnt wurde . . .	Wann?	
	Warum?	

Wenn sich ein Leistungsanspruch ergibt, bitte ich, diese Zahlungen auf folgendes Konto zu überweisen:
Kontoinhaber (Name, Vorname): _____
Bank: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Erklärungen des/der Hilfesuchenden oder des/der gesetzlichen Vertreter/s/in für den/die Hilfesuchende/n:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung Maßgebend sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Änderungen der Behinderung sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache und dass ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht bei der Bearbeitung dieses Antrages nach § 60 SGB I nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Insofern gilt meine untenstehende Unterschrift auch als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie des Bescheides/Kostenübernahmeerklärung an den Leistungserbringer übersandt wird.

Bin ich nicht damit einverstanden, werde ich dies auf dem Antrag vermerken.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Sozialamt Limburg-Weilburg, soweit dies aus dessen Sicht zur Prüfung des Leistungsanspruches erforderlich ist, Kontakt mit dem Gesundheitsamt und dem Amt für Jugend, Schule und Familie des Landkreises Limburg-Weilburg hinsichtlich einer/einem Untersuchung/Begutachtung/Austausch aufnimmt und meine Sozialdaten zu diesem Zweck an das Gesundheitsamt übermittelt. Dieses darf die übermittelten Daten ausschließlich zur Unterstützung der Leistungsprüfung durch das Sozialamt Limburg-Weilburg nutzen.

Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich bin mir weiter bewusst, dass der Widerruf die bis dahin erfolgte Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung nicht berührt.

Weitergehende Informationen zum Schutz der personenbezogenen Daten durch den Landkreis Limburg-Weilburg finden sich auf dessen Internetseite (<https://www.Landkreis-Limburg-Weilburg.de>)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Hilfesuchenden bzw. seines/r gesetzlichen Vertreter/s/in