

Hinweis:
Um sachgerecht über Ihren Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB IX entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Vordruck sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Vordruck auf Seite 5 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen.

Wenn Sie neben den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX Leistungen zum laufenden Lebensunterhalt nach dem SGB XII beantragen, wenden Sie sich bitte an den örtlichen Sozialhilfeträger.

**Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).
 Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.**

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	Antragsteller	
	Name, Vorname	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Ort	
Beantragte Leistung z.B. Assistenz		
Wo soll die Leistung erbracht werden? z.B. eigene Wohnung, besondere Wohnform		
Aufenthalt vor Hilfebeginn	In der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/>	In einer stationären Einrichtung (JVA, Krankenhaus, Mutter-Kind-Einrichtung o.ä.) Art der Einrichtung _____ Anschrift der Einrichtung _____
	In einer anderen Wohnung (Eltern, Lebenspartner o.ä.) <input type="checkbox"/>	
Familienstand		seit _____
Schwerbehindertenausweis	vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt am _____	GdB _____ Kennzeichen (z.B. "G", "aG", "B"): _____
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (Nachweis in Kopie beifügen)		
Betreuer/Betreuerin: Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)		
Beruht die Behinderung des Hilfesuchenden auf einem ...	Unfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
	Geburtsschaden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
	Impfschaden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
	Vorsätzlichen oder rechtswidrigen tätlichen Angriff?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, bestehen Ansprüche gegen den Schädiger oder dessen Versicherung? (Bitte Unterlagen beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls die Behinderung auf einem Unfall beruht	Schädiger (Name und Anschrift)	
	Versicherung (Name und Anschrift)	
	Versicherungsnummer	

Bei einem Impfschaden oder einem Schaden als Folge eines rechtswidrigen, tätlichen Angriffs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja,	Versorgungsamt (Name und Anschrift)
	Aktenzeichen:
Haben Sie oder ein Elternteil Ansprüche aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften (z.B. nach den Beihilfevorschriften des Landes oder des Bundes)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, Anschrift des Dienstherrn	
Leben Ihre Eltern noch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn nein, Sterbedatum:

2. Kranken-/Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen!)

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?		
Bitte Krankenkasse und Versicherungs-Nr. angeben	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
	<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert
	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
	Versicherungsnummer	
Liegt ein Bescheid der Pflegekasse zu Pflegebedürftigkeit vor?		
<input type="checkbox"/> ja, mit folgendem Ergebnis: Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
<input type="checkbox"/> nein, warum nicht? _____		
<input type="checkbox"/> Der Antrag bei der Pflegekasse wird von mir unverzüglich gestellt.		
<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Antrag bei der Pflegekasse gestellt, weil _____		
<i>(z. B. da mein Kind nur Hilfen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, der Hilfebedarf im pflegerischen Bereich nur äußerst gering ist und das die Leistungspflicht der Pflegekasse nicht begründet.)</i>		
Sobald die Entscheidung der Pflegekasse vorliegt, bitten wir um direkte Weitergabe einer Durchschrift des Bescheides an den Landschaftsverband.		

3. Einkommen

Art des Einkommens
Monatlicher Brutto-Betrag in Euro
Art des Einkommens
Monatlicher Brutto-Betrag in Euro
Art des Einkommens
Monatlicher Brutto-Betrag in Euro
Bitte den Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres beifügen! Liegt dieser nicht vor, weisen Sie bitte Ihr aktuelles Einkommen nach (aktueller Rentenbescheid, sonstiger Nachweis des aktuellen Einkommens)
Kein Einkommen <input type="checkbox"/>

4. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in Euro
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge (Anlageform angeben)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lebensversicherung/Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Forderungen: Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges Vermögen: (hochwertige Wertgegenstände wie z. B. Kfz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nähere Beschreibung des Vermögens			
Paypal-Konten			
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>		

5. Angaben zu Immobilien und Grundstücken

Sind Sie Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und/odere Grundbesitz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe	
		a) Grundstücksfläche in m ²	b) Wohnfläche in m ²
Hauseigentum		a)	b)
Wohnungseigentum		a)	b)
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a)	b)
Sonstiges Haus- oder Grundvermögen		a)	b)

6. Vermögensübertragungen

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"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen "ja" angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:		
Begünstigte Person (Name, Adresse, ggf. Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

7. Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor z. B. Vertrag, Urteil, etc.)

Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Erläuterung:

8. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen: Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an

IBAN, Name und Sitz des Geldinstituts:
Name und Vorname des Kontoinhabers:

9. Einverständniserklärung

Zustimmung zur Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach §§ 22 SGB IX:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der für die Durchführung des Teilhabepflanverfahren verantwortliche Rehabilitations-träger gem. § 22 SGB IX andere öffentliche Stellen (z.B. Pflegeversicherung, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde) in die Erstellung des Teilhabeplanes einbezieht, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

ja nein

Erklärung

Hiermit beantrage ich Rehabilitationsleistungen nach SGB IX - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch.

Den Vordruck zur Überprüfung meines Anspruchs auf Eingliederungshilfeleistung nach SGB IX mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Wenn und solange ich Eingliederungshilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Datum_____
Unterschrift

Ich bevollmächtige folgende Person zum Empfang von Eingliederungshilfebescheiden:

(Vorname, Name, Anschrift)

Datum_____
Unterschrift

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

1. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Stellen Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), erheben wir Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Diese Angaben benötigen wir zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung. Bezüglich ärztlicher Unterlagen wird eine gesonderte, widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen gefordert. 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 genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen. Darüber hinaus können wir zur Erfüllung unserer gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln (z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zuvor darüber informieren.

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 i. V. m. § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)

Die Betroffenenrechte können hier geltend gemacht werden.