

Antrag nach § 108 SGB IX auf Gewährung von Eingliederungshilfe

Für

Name der Person(en), die Eingliederungshilfe erhalten soll(en)
 wird Eingliederungshilfe nach dem Zweiten Teil des Sozialgesetzbuch Neun beantragt und zwar in Form von

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 Leistungen zur Teilhabe an Bildung
 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Nähere Begründung des Antrages (siehe auch Abschnitt IX):

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

Zutreffendes ankreuzen!

Zeile 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

I. Persönliche Verhältnisse	Antragsteller(in)	Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
5 Familienname (ggf. Geburtsname)		
6 Vorname(n)		
7 Wohnanschrift		
8 Telefon		
9 Geburtsdatum		
10 Geburtsort/Kreis		
11 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr Datum*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr Datum*
12	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils
13		
14 Staatsangehörigkeit		
15 Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status		
a) Duldung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis
16 b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis
17 c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis
18 Leistungsberechtigt nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19 Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
20 Falls ja, Name und Anschrift des Betreuers:		
21 Person des Vertrauens	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
22 Falls ja, Name und Anschrift der Person des Vertrauens:		
23 Bei Kindern, die ab Geburt über Tag und Nacht in einer Einrichtung betreut werden: Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung		
24 Behinderung/drohende Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja GdB:	<input type="checkbox"/> Ja GdB:
25 (Ärztliches Gutachten beifügen)	Merkzeichen: Schwerbehindertenausweis:	Merkzeichen: Schwerbehindertenausweis:
26		
27	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

II. Familienverhältnisse

Zutreffendes ankreuzen!

28	Familienangehörige innerhalb des Haushalts?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:			
		Vater	Mutter	Kind	Kind
29	Name, ggf. Geburtsname				
30	Vorname				
31	Geburtsdatum				
32	Geburtsort				
33	Familienstand				
34	Anschrift				
35	Einkommen, in Höhe von	EUR	EUR	EUR	EUR
		Antragsteller(in)		Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft	
36	Unterhaltsansprüche gegen geschiedene/getrennt lebende Ehepartner	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
37		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
38		<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet
39		<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht
40		<input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen)
41		<input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)

Ausfüllhinweise für die Abschnitte „III. Einkommensverhältnisse“ und „IV. vom Einkommen absetzbare Beträge“:

- Maßgeblich ist **Summe der Einkünfte des Vorvorjahres** nach § 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes. Bitte legen Sie den Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres vor.
Wenn dieser vorliegt, dann müssen Sie in den Abschnitten III. und IV. keine weiteren Angaben machen.
- Bei **Renteneinkünften** ist die **im Rentenbescheid ausgewiesene Bruttorente des Vorvorjahres** anzugeben.
Bitte legen Sie den Rentenbescheid des Vorvorjahres vor. Wenn dieser vorliegt, dann müssen Sie in den Abschnitten III. und IV. keine weiteren Angaben machen.
- Bitte füllen Sie die Abschnitte III. und IV. auch aus, wenn **erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorvorjahres** zu erwarten sind.

III. Einkommensverhältnisse

Nur ausfüllen, wenn kein Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid vorliegt. Bitte jeweils Nachweise beifügen.

	Antragsteller bzw. bei minderjährigen Antragstellern: Einkommensverhältnisse der mit dem minderjährigen im Haushalt lebenden Eltern	Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
42	Sind erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorvorjahres zu erwarten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
43	Nichtselbständige Tätigkeit EUR	EUR
44	Gewerbe/Handel/Freiberufe EUR	EUR
45	Land- und Forstwirtschaft EUR	EUR
46	Vermietung und Verpachtung EUR	EUR
47	Kapitalvermögen EUR	EUR
48	Sonstige Einkünfte EUR	EUR
49	Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II EUR	EUR
50	Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit EUR	EUR
51	Leistungen der Pflegeversicherung EUR	EUR
52	Kindergeld EUR	EUR
53	Unterhalt nach BGB/LPartG EUR	EUR
54	Unterhaltsvorschuss nach UVG EUR	EUR

Zutreffendes ankreuzen!

	Antragsteller bzw. bei minderjährigen Antragstellern: Einkommensverhältnisse der mit dem minderjährigen im Haushalt lebenden Eltern	Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
55	Unterhaltssicherung nach USG EUR	EUR
56	Leibrenten EUR	EUR
57	Renten/Pensionen EUR	EUR
58	BAföG-Leistungen EUR	EUR
59	Blindengeld EUR	EUR
60	Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler EUR	EUR
61	Übergangsgeld EUR	EUR
62	Sonstiges EUR	EUR

**IV. Vom Einkommen
absetzbare Beträge**

Nur ausfüllen, wenn kein Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid vorliegt. Bitte jeweils Nachweise beifügen.

63	Steuern auf Einkommen EUR	EUR
64	Kranken-Pflegeversicherung EUR	EUR
65	Arbeitslosenversicherung EUR	EUR
66	Rentenversicherung EUR	EUR
67	Altersvorsorgebeiträge EUR	EUR
68	Hausratversicherung EUR	EUR
69	Haftpflichtversicherung EUR	EUR
70	Lebensversicherung EUR	EUR
71	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens - Fahrtkosten zur Arbeitsstelle EUR	EUR
72	- Benutztes Verkehrsmittel	
73	- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle km	km

V. Vermögensverhältnisse
Jeweils Nachweise beifügen.

Antragsteller bzw. bei minderjährigen Antragstellern:
Vermögensverhältnisse der mit dem minderjährigen
im Haushalt lebenden Eltern

Lebenspartner/Partner der
eheähnlichen Gemeinschaft

74	Bargeld EUR	EUR
75	Bank-/Sparguthaben EUR	EUR
76	Kreditinstitut:	
77	Wertpapiere/Depots Art der Anlage	
78	Wert: EUR	EUR
79	Lebensversicherungen EUR	EUR
80	Haus/Wohneigentum EUR	EUR
81	Sonstiger Grundbesitz EUR	EUR
82	Kraftfahrzeuge EUR	EUR
83	Staatlich geförderte private Altersvorsorge EUR	EUR
84	Ansprüche aus Übertragungsverträgen EUR	EUR
85	Sonstiges Vermögen EUR	EUR
86	Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte übertragen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
87	Wenn ja, in welcher Höhe? EUR	EUR

VI. Mögliche Ansprüche gegen Dritte (Jeweils Nachweise beifügen)	Antragsteller(in)	Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
88 Ansprüche gegen Dritte, z. B. Leibrenten, Bereicherungsansprüche nach BGB, Forderungen aus Verträgen, Pflichtteilsansprüche, Öffentlich-rechtliche Ansprüche, Leistungen aus Versicherungsverträgen, Rückforderungsanspruch gem. § 528 I BGB		
VII. Persönliche Lebenssituation		
89 Bewohner einer besonderen Wohnform oder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
90 einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
91 Falls ja, wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor Einzug in die besondere Wohnform/ ambulant betreute Wohn-gemeinschaft gewohnt?		
92 Wurde bereits ein Verfahren zur Ermittlung der Teilhabebedarfe durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
93 Falls ja, durch welche Behörde? (Bitte Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung beifügen)		
94 Wurde bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durch-geführt? (Bitte frühere Hilfepläne bzw. Teilhabe- und Gesamtpläne beifügen.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
95 Erfolgte bereits eine Beratung durch eine ergänzende unab-hängige Teilhabeberatungsstelle (EUTB)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
96 Falls ja, durch welche?		
VIII. Sonstiges		
97 Wurden schon einmal Leistungen der EGH beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
98 Falls ja, bei welcher Behörde?		
99 Wurden in den letzten 6 Monaten Leistungen der EGH bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
100 Falls ja, von welcher Behörde? (Bitte Bewilligungsbescheid vorlegen)		
101 Wurden andere Leistungen beantragt oder bewilligt? (z.B. ALG II, Sozialgeld, HLU nach dem Dritten Kap. SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt)	<input type="checkbox"/> Ja Leistungsart: Beantragt am: Bewilligt von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Ja Leistungsart: Beantragt am: Bewilligt von _____ bis _____
102		
103		
104		
105	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
106 Falls ja, wann und bei welcher Behörde? (Bitte Bewilligungsbescheid bzw. gestellten Antrag vorlegen.)		
107 Kranken-/Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> Als Rentner versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> Als Rentner versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert
108		
109		
110		
111		
112 Name und Anschrift der Krankenkasse:		
113		
114 Versicherungsnummer:		

IX. Nähere Angaben zur beantragten Leistung

Zutreffendes ankreuzen!

115 Beantragte Leistung aus dem 116 Bereich der Leistung zur 117 medizinischen Rehabilitation 118 119 120 121 122 123	<input type="checkbox"/> Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe <input type="checkbox"/> Früherkennung und Frühförderung für Kinder <input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandsmittel <input type="checkbox"/> Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Belastungserprobung und Arbeitstherapie <input type="checkbox"/> Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen <input type="checkbox"/> Andere Leistung: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
124 Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung:	
125 Beantragte Leistung aus dem 126 Bereich der Leistungen zur 127 Teilhabe am Arbeitsleben 128 Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung	<input type="checkbox"/> Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Leistungen bei anderen Leistungsanbietern <input type="checkbox"/> Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern
129 Beantragte Leistung aus dem 130 Bereich der Leistung zur 131 Teilhabe an Bildung 132 Weitere Ausführung zur beantragten Leistung:	<input type="checkbox"/> Hilfen zur Schulbildung, insb. im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu <input type="checkbox"/> Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf
132 Beantragte Leistung aus dem 133 Bereich der Leistung zur 134 Sozialen Teilhabe 135 136 137 138 139 140 141	<input type="checkbox"/> Leistungen für Wohnraum <input type="checkbox"/> Assistenzleistungen <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Leistungen <input type="checkbox"/> Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Leistungen zur Förderung der Verständigung <input type="checkbox"/> Leistungen zur Mobilität <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Besuchsbeihilfen <input type="checkbox"/> Andere Leistung: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
142 Weitere Ausführung zur beantragten Leistung:	
143 Leistungsform 144	<input type="checkbox"/> Übernahme von Leistungen in Diensten oder Einrichtungen <input type="checkbox"/> Persönliches Budget

X. Bankverbindung

145	Name und Sitz des Geldinstituts
146	IBAN BIC
147	Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)

Zutreffendes ankreuzen!

Erklärung des Antragstellers und seines/ihres Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Eingliederungshilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Eingliederungshilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Eingliederungshilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf sie diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

148 Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

149	<hr/> Ort, Datum	<hr/> Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters
-----	---------------------	--

150

Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft

151	Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.
<hr/> Unterschrift Antragsteller	<hr/> Unterschrift des Aufnehmenden

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

152 Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.
(Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Ort, Datum Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

I. A. _____