

Ergänzung von Angaben zum Antrag auf Eingliederungshilfe Notwendige Unterlagen

Bitte senden Sie Ihren Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch einschließlich der nachfolgend genannten Unterlagen, sofern vorhanden, und der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Formulare an:

Landkreis Oder-Spree
Sozialamt
SG Eingliederungshilfe
Liebknechtstraße 21/22
15848 Beeskow

allgemeine Unterlagen

- vollständig ausgefüllter Antrag auf Eingliederungshilfe
- Kopie des Betreuerausweises oder der Vorsorgevollmacht, die Original-Vollmacht ist zur Einsicht vorzulegen
- Kopie der Ausweisdokumente, wie beispielsweise Personalausweis, Pass, Aufenthaltstitel oder Ähnliches
- Kopie der Krankenversicherungskarte
- Kopien des Schwerbehindertenausweises und des Feststellungsbescheides
- Bewilligung weiterer Leistungsträger, beispielsweise Rentenversicherung, Krankenkasse oder Arbeitsagentur
- Zustimmung zur Abgabe von Unterlagen
- Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch

Einkommensnachweise als Kopien - bei minderjährigen Antragstellern, werden zusätzlich Nachweise der im Haushalt lebenden Eltern benötigt

- Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres, beispielsweise in 2022 von 2020
- Rentenbescheide des Vorvorjahres, beispielsweise in 2022 von 2020
- aktueller Bescheid über den Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch
- sonstige Einkommen, beispielsweise Krankengeld, Arbeitslosengeld I, Kindergeld oder Unterhalt

Vermögensnachweise als Kopien - bei minderjährigen Antragstellern, werden zusätzlich Nachweise der im Haushalt lebenden Eltern benötigt

- lückenlose Kontoauszüge der letzten drei Monate
- Sparbücher, von der ersten Seite mit Namen bis zum aktuellen Kontostand
- Nachweise anderer Gelder, beispielsweise Festgeldkonto oder Sparbrief
- Nachweise über Grundeigentum, beispielsweise Haus- und Gartengrundstück, Felder, Wiesen und Wälder
- Grundbuchauszüge
- Pachtvertrag
- Lebens-, Unfall- und Sterbegeldversicherungen einschließlich Rückkaufswerte
- Bausparverträge

medizinische Unterlagen als Kopien

- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Original
- Nachweis Bewilligung Pflegegrad durch die Pflegekasse und Pflegegutachten
- Befunde, Epikrisen, Gutachten, beispielsweise Betreuungsgutachten, Krankenhausentlassungsberichte, sonstige Berichte und Diagnosen

Bei Fragen können Sie sich an Frau Schmidtchen wenden - Telefon 03366 35-2480 oder E-Mail sozialamt@landkreis-oder-spree.de

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
sowie zur Nutzung und Übermittlung meiner Sozialdaten zum Zweck der Ermittlung
meines Teilhabebedarfs nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch

Leistungsberechtigter: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Aktenzeichen: _____

gesetzlicher Vertreter: _____

gegebenenfalls Verein: _____

Anschrift: _____

Ich habe Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch beantragt beziehungsweise erhalte eine solche Leistung.

Zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen und zur Durchführung des Teilhabeplanverfahrens bin ich verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Hierzu können alle Informationen gehören, die für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich sind, beispielsweise Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankungen oder Behinderungen, sowie notwendige Maßnahmen. Hierzu können auch Vorerkrankungen gehören.

Ich bin mit der Weiterleitung der Daten durch die oben genannte Behörde an das zuständige Gesundheitsamt oder einen anderen Gutachter/Sachverständigen zur Stellungnahme oder Begutachtung einverstanden.

Ja Nein

Bei nachfolgend genannten Stellen beziehungsweise Ansprechpartnern darf das Sozialamt des Landkreises Oder-Spree als Träger der Eingliederungshilfe Informationen über meinen Gesundheitszustand einholen.

Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

behandelnder Hausarzt: _____

behandelnder Facharzt: _____

behandelnder Facharzt: _____

weitere Ärzte: _____

Krankenhaus: _____

Pflegedienst: _____

Pflegeheim: _____

Krankenkasse: _____

Rentenversicherung: _____

Unfallversicherung: _____

Sozialpsychiatrischer Dienst: _____

Landesamt für Soziales und Versorgung: _____

Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers habe ich nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, wenn ich nicht selbst die gewünschten Auskünfte erteile und/oder Unterlagen vorlege. Die Leistung, die ich beantragt habe oder erhalte, kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn ich den gesetzlichen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme, siehe § 66 Absatz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten dem Sozialamt des Landkreises Oder-Spree **übermittelt** werden können. Ich **befreie die genannten Personen** oder Mitarbeiter der genannten Einrichtungen **insoweit von Ihrer Schweigepflicht**.

Die Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung auf unbestimmte Zeit gilt und jederzeit für die Zukunft und formungebunden widerrufen werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungsberechtigter oder
gesetzlicher Vertreter

Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch
Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung

Leistungsberechtigter: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Aktenzeichen: _____

gesetzlicher Vertreter: _____

gegebenenfalls Verein: _____

Anschrift: _____

Erstes Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält,
1. hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- (2) Soweit für die genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den vorher genannten Paragraphen bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder

3. wenn der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
 1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
 - (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden. Siehe § 383 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 Zivilprozessordnung.

§ 65a Aufwendungsersatz

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Ich bin über meine Mitwirkungspflichten nach § 60 und folgende Erstes Buch Sozialgesetzbuch, sowie die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch informiert worden und habe die Inhalte verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungsberechtigter oder
gesetzlicher Vertreter

Abgabe von Unterlagen

Leistungsberechtigter: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Aktenzeichen: _____

gesetzlicher Vertreter: _____

gegebenenfalls Verein: _____

Anschrift: _____

Ich willige freiwillig darin ein, dass zwischen dem Sozialamt des Landkreises Oder-Spree als Träger der Eingliederungshilfe und den gekennzeichneten Stellen nachfolgende **Sozialdaten ausgetauscht werden dürfen**.

Die folgenden Sozialdaten dürfen übermittelt werden:

Stammdaten, beispielsweise Name und Anschrift

Angaben zu schulischen Leistungen und Schulabschlüssen

Angaben zu besonderen Fähigkeiten und Kenntnissen

Angaben zum Gesundheitszustand

Angaben zu notwendigen Maßnahmen

Angaben zu bisherigen Hilfen und Rehabilitationsmaßnahmen

Von den folgenden Stellen darf das Sozialamt Sozialdaten erhalten:

Krankenversicherung

Bundesagentur für Arbeit

Jobcenter

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Kriegsopferfürsorge

Integrationsamt

Jugendamt

Gesundheitsamt

Sozialpsychiatrischer Dienst

Betreuungsbehörde

An die folgenden Stellen darf das Sozialamt Sozialdaten übermitteln:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Bundesagentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> |
| Jobcenter | <input type="checkbox"/> |
| Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Kriegsopferfürsorge | <input type="checkbox"/> |
| Integrationsamt | <input type="checkbox"/> |
| Jugendamt | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> |
| Sozialpsychiatrischer Dienst | <input type="checkbox"/> |
| Betreuungsbehörde | <input type="checkbox"/> |

Die Weiterleitung der oben genannten Daten verfolgt den Zweck den Teilhabebedarf zu ermitteln.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formungebunden gegenüber der zuständigen Behörde widerrufen. Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten beachtet werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Nutzung von Sozialdaten gemäß § 67 und folgende Zehntes Buch Sozialgesetzbuch keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit der Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Bedarfsermittlung notwendigen Daten auch selbst gegenüber anderen Behörden erklären.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungsberechtigter oder
gesetzlicher Vertreter