

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)



Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und **vollständig auszufüllen**. **Nichtzutreffende Felder sind deutlich zu streichen bzw. mit „Nein“ zu beantworten**. Die Richtigkeit aller Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

1. Leistungen	
1	<p>Welche Leistungen möchten Sie beantragen?</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung <input type="checkbox"/> Leistungen zur Sozialen Teilhabe</p>
2	<p>Wo soll die Leistung erbracht werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> besondere Wohnform <input type="checkbox"/> Tagesstätte</p> <p><input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/></p>
3	<p>Wer soll die Leistung erbringen (Name Leistungserbringer sofern bekannt)?</p>
4	<p>Ab wann soll die Leistung erbracht werden?</p>
5	<p>Begründung/ Unterstützungsbedarf (ggf. gesondertes Blatt nutzen)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2. Persönliche Verhältnisse und Angaben			
6	Familienname		Geburtsname
7	Vorname(n)		
8	Geburtsdatum		Geburtsort/Kreis
9	Geschlecht		
10	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden seit	
		<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	
11	Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus
12	Asylberechtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	anerkannter Flüchtling nach Genfer Konvention <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wichtig! Sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen fügen Sie bitte einen Nachweis zu Ihrem ausländerrechtlichen Status bei.			
13	Anschrift		
14	Telefonnummer (freiwillige Angabe)		
15	Gibt es einen gesetzlichen Betreuer/ einen Vorsorgebevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -->	Wichtig! Bitte Kopie des Betreuerausweises/ der Vorsorgevollmacht beifügen.
	Name und Vorname des Betreuers/ Bevollmächtigten		
	Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten		
	Telefonnummer des Betreuers/ Bevollmächtigten		

4. vorrangige Ansprüche																																		
26	<p>Aufgrund des Nachranges der Eingliederungshilfe (§ 91 SGB IX) ist zu prüfen, ob für Sie vorrangige Ansprüche gegen einen Schädiger oder nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bestehen.</p> <p>Dem Grunde nach anspruchsberechtigt nach dem BVG sind Kriegsbeschädigte und deren Hinterbliebene sowie behinderte Familienmitglieder des Beschädigten. Dies gilt auch für Beschädigte im Sinne der Gesetze, die die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des BVG vorsehen (sog. Nebengesetze). Dazu zählen u. a. Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Wehrdienstbeschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Impfgeschädigte nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG - früher Bundesseuchengesetz).</p>																																	
27	<p>Ursache für die vorliegende Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Fremdeinwirkung (z. B. durch eine Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arzt- oder Hebammenfehler</p> <p><input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> tätlicher Angriff (Gewaltverbrechen)</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges</p>																																	
	<p>Es wurden ...</p> <p><input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche gelten gemacht gegen</p> <p><input type="checkbox"/> Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ansprüche gegen dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> bisher keine Ansprüche geltend gemacht</p>																																	
28	<p>Sind Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen als Kriegsopter im Sinne des Bundesversorgungsgesetz anerkannt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>																																	
	<p>Wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>																																	
	<p>Erhalten Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze oder wurden solche Leistungen beantragt? Wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?</p>																																	
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) / Bundesseuchengesetz (BSeuchG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> weitere Entschädigungsgesetze (auch ausländische) <small>(bitte Gesetz und Rechtsgrundlage angeben)</small></td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) / Bundesseuchengesetz (BSeuchG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weitere Entschädigungsgesetze (auch ausländische) <small>(bitte Gesetz und Rechtsgrundlage angeben)</small>	
	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																															
<input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) / Bundesseuchengesetz (BSeuchG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
<input type="checkbox"/> weitere Entschädigungsgesetze (auch ausländische) <small>(bitte Gesetz und Rechtsgrundlage angeben)</small>																																	
<p>Welche Person ist Kriegsopter bzw. Empfänger dieser Versorgungsleistungen?</p>																																		
<table border="1"> <tr> <td>Name, Vorname</td> <td></td> <td>Geburtstag</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anschrift</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Verwandtschaftsverhältnis</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	Name, Vorname		Geburtstag		Anschrift				Verwandtschaftsverhältnis																									
Name, Vorname		Geburtstag																																
Anschrift																																		
Verwandtschaftsverhältnis																																		
<p>Welche Stelle gewährt diese Leistungen bzw. bei welcher Stelle wurde der Antrag gestellt? Von welcher Stelle wurde der Antrag auf Anerkennung abgelehnt?</p>	<p>Wichtig! Bitte geben Sie die volle Anschrift und das Aktenzeichen an und fügen Sie eine Kopie des entsprechenden Bescheides bei.</p>																																	
<p>.....</p>																																		

28	sonstiges/ weitere Mitteilungen

5. Einkommen aus dem Vorvorjahr und im aktuellen Jahr			
29	<p>Maßgeblich für Ihre mögliche Eigenbeteiligung an den Leistungen der Eingliederungshilfe ist die Summe der Einkünfte des Vorvorjahres nach § 2 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes sowie bei Renteneinkünften die Bruttorente des Vorvorjahres.</p> <p>Zur Prüfung, ob Ihre jetzigen Einkünfte erheblich von denen des Vorvorjahres abweichen, werden zusätzlich aktuelle Einkommensnachweise benötigt. Angaben zum Einkommen des Partners sind erst dann erforderlich, wenn sich aus Ihrem Einkommen eine Eigenbeteiligung ergäbe. Damit kann eine Erhöhung Ihres Freibetrages geprüft werden.</p>		
	<p>Wichtig! Bitte fügen Sie den Einkommenssteuerbescheid und die Rentenmitteilung aus dem Vorvorjahr, sowie die aktuelle Rentenmitteilung und die Lohnnachweise der letzten 6 Monate bei.</p>		
	Art des Einkommens	monatlicher Brutto-Betrag	
		Vorvorjahr	aktuelles Jahr
30	Lohn aus der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	EUR	EUR
31	Lohn/ Gehalt aus nichtselbstständiger Arbeit/ geringfügiger Beschäftigung	EUR	EUR
32	Einkommen aus Rente	EUR	EUR
33	Einnahmen aus Vermietung/ Verpachtung	EUR	EUR
34	sonstiges Einkommen:	EUR	EUR
35	sonstiges Einkommen:	EUR	EUR
36	Ich beziehe derzeit Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II).	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
37	Ich beziehe derzeit Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
38	Ich verfüge aktuell über kein Einkommen. Ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch ...	<input type="checkbox"/> ja
39	Ich habe folgende Leistungen beantragt, über die noch nicht entschieden wurde:	Art der Leistung:	
40	In meinem Haushalt leben ein oder mehrere Kinder, für die ich unterhaltspflichtig bin.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

6. Vermögenswerte des Antragstellers			
41	<p>Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte mit einer gewissen Wertigkeit.</p>		
	<p>Wichtig! Alle Angaben sind mit aktuellen Nachweisen zu belegen. Die Kontoauszüge sind lückenlos über den Zeitraum der letzten sechs Monate vorzulegen. Bei allen kapitalbildenden Versicherungen ist der aktuelle Rückkaufswert anzugeben sowie eine Kopie des Versicherungsscheins vorzulegen.</p>		
	Art des Vermögens		
42	Bargeld	EUR	Lebensversicherungen
43	Girokonten	EUR	Sterbegeldversicherungen
44	Sparbücher	EUR	Private Rentenversicherungen
45	Konten bei Online-Bezahldiensten (z. B. PayPal)	EUR	Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr
46	Bausparguthaben	EUR	Bestattungsvorsorgeverträge
47	Wertpapiere, Akten, Geschäftsanteile	EUR	Wohnrecht

48	Erbansprüche	EUR	Betriebsvermögen	EUR
49	Hausgrundstück	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	sonstiges Vermögen	Art: EUR
	Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Art: EUR
	sonstiger Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Art: EUR
50	Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Typ
			Baujahr
			Kilometerstand Km
51	Wurden von Ihnen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Bargeld, Grundstücke ...)?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Art:	
	Name, Vorname des Schenkers		
	Name, Vorname und Anschrift des Beschenkten		
	Bitte beschreiben sie ausführlich den Zeitpunkt, den Anlass sowie die Art und Weise des verschenkten Vermögens.			
.....				
.....				
.....				

7. Kranken- und Pflegeversicherung		
50	Art der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung – es handelt sich hierbei um eine ... <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über die folgende Person: Name, Vorname Geburtsdatum <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung
	Name der Krankenkasse/ des Versicherungsunternehmens Anschrift Versichertennummer
52	Angaben zur Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 seit: als <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung Pflegerperson: Pflegedienst: Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen durch: <input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde am beantragt <input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde nicht beantragt <input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde abgelehnt
		Wichtig! Bitte fügen Sie, sofern vorhanden, den Bescheid der Pflegekasse (Bewilligung oder Ablehnung) und das MDK-Gutachten bei.

8. Bankverbindung (An den Antragsteller zu zahlende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:)		
53	Kontoinhaber	
54	IBAN	
55	BIC	
56	Kreditinstitut	

9. Schlusserklärungen und Hinweise			
57	<p>8.1 Versicherung der Richtigkeit der Angaben</p> <p>Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen und Angaben der Wahrheit entsprechen und lückenlos sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.</p> <p>8.2 Mitwirkungspflichten</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Sozialamt des Landkreises Oder-Spree anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.</p> <p>8.3 Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO</p> <p>Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.</p> <p>8.4 Geltendmachung von Ansprüchen</p> <p>Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Landkreis Oder-Spree unverzüglich informieren.</p> <p>8.5 Unterschrift</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.</p> <p>8.6 Geschlecht</p> <p>Zur leichteren Lesbarkeit der Texte wurde lediglich die männliche Form genutzt. Sie steht stellvertretend für alle Geschlechter.</p>		
58	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;">Ort, Datum</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;">Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters</td> </tr> </table>	Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters		