



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Ich/Wir beantrage(n) nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe - §§ 99 ff. SGB IX:

- medizinische Rehabilitation (Teil 2 Kap. 3 SGB IX)
- Leistung zur Teilhabe an Bildung (Teil 2 Kap. 4 SGB IX)
- Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2 Kap. 5 SGB IX)
- Leistung zur sozialen Teilhabe (Teil 2 Kap.6 SGB IX)

Begründung:

Nähere Angaben zu den beantragbaren Leistungen:

1. medizinische Rehabilitation:

- Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe
- Arznei- und Verbandsmittel
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
- Hilfsmittel
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen

2. Leistung zur Teilhabe an Bildung:

- Hilfe zur Schulbildung, insb. Im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu
- Hilfe zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf

3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:

- Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen
- Leistungen bei anderen Leistungsanbietern
- Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern

4. Leistungen zur sozialen Teilhabe:

- Leistungen für Wohnraum
- Assistenzleistungen
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- Leistungen zum Erwerb oder Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- Leistungen zur Förderung der Verständigung
- Leistungen zur Mobilität
- Hilfsmittel
- Besuchsbeihilfen
- Assistenzleistung im Krankenhaus

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird auf die wechselweise weibliche, männliche als auch die diverse Form verzichtet.

Sie erreichen uns:

Tel.: 03661 876 - 0
Fax: 03661 876 - 77387

Postanschrift:

PF 1352
07962 Greiz

Hausanschrift:

Dr.-Rathenau-Platz 11
07973 Greiz
Zugang über Weberstraße 1

Online:

E-Mail: teilhabe@landkreis-greiz.de
Internet: www.landkreis-greiz.de

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Antragstellende Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/> Aufenthaltsstatus: <input type="text"/> gültig bis: <input type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort)	<input type="text"/>
Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung (§ 42a Abs. 2 Nr. 1 SGB XII) <input type="checkbox"/> besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII) <input type="checkbox"/> andere Unterbringungsform (§ 43a SGB IX)
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: <input type="text"/> Merkzeichen: <input type="text"/> GdB: <input type="text"/> %
Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="text"/> Pflegegrad: <input type="text"/>
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> keine Versicherung Name der Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen: <input type="text"/> Versicherungsnummer: <input type="text"/>
Vorhandene Diagnosen	<input type="text"/>
Gutachten/Befunde sind beigefügt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) beantragt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Behörde: <input type="text"/>
Wurden in den letzten 6 Monaten Leistungen der EGH bezogen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Behörde: <input type="text"/> (Bitte Bewilligungsbescheid vorlegen)
Wurden andere Leistungen beantragt oder bewilligt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Behörde: <input type="text"/> Leistungsart: <input type="text"/> Beantragt am: <input type="text"/> Bewilligt von : <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

2. Angaben zu den Vertrauenspersonen der antragstellenden Person

- Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB
 Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht

Name, Vorname	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort)	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefon/Handy	<input type="text"/>

3. Einkommen (aus dem In- und Ausland)

3.1 Antragstellende Person

Maßgeblich sind die steuerlichen relevanten Einkünfte und die Bruttorente **des Vorvorjahres** der volljährigen antragstellenden Person.

Einkünfte eines Ehegatten oder eines Partners sind lediglich zur Bestimmung von Zuschlägen nach § 136 Abs. 2 - 4 SGB IX bei der Berechnung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV zu erfragen.

- Einkommensteuerbescheid liegt nicht vor, weil wegen Geringfügigkeit keine Veranlagung erfolgt
- Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid des Vorvorjahres ist vorhanden/beigefügt
- Einkommensteuerbescheid liegt nicht vor, weil Veranlagung des Vorvorjahres noch nicht abgeschlossen ist (z.B bei einem noch anhängigen Veranlagungs- oder Einspruchsverfahren beim Finanzamt)
- Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid des Vorvorjahres liegt vor, jedoch bestehen erhebliche Abweichungen gegenüber der aktuellen Einkommenssituation

→ **Bitte Abschnitt 3.2 und 3.3 ausfüllen**

- Rentenbescheid(e) des Vorvorjahres liegt/liegen vor bzw. ist/sind beigefügt

3.2 Darstellung der voraussichtlichen steuerlichen Einkünfte des **aktuellen** Jahres § 135 Abs. 2 SGB IX

	Antragstellende Person	Ehegatte/Partner (für Zuschlag)
Sind erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorvorjahres zu erwarten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Abweichung: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Abweichung: <input type="text"/>

Einkunftsarten nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz (EStG)

<input type="checkbox"/> Nichtselbstständige Tätigkeit	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Selbstständigkeit/Gewerbe/Handel	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kapitaleinkünfte (Zinsen, Dividende usw.)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Sonstige Einkünfte:		
<input type="checkbox"/> Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitssuchende SGB II	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kindergeld	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

<input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen (z.B. nach BGB/LpartG, UVG, USG)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Rente: - Art der Rente: - Betrag:	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusatzrente	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Unfallrente	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Pensionen	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> BAföG - Leistungen	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Blindengeld	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

3.3 Vom Einkommen absetzbare Beträge

	Antragstellende Person	Ehegatte/Partner (für Zuschlag)
Steuern auf Einkommen	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Arbeitslosenversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Rentenversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Altersvorsorgebeiträge	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Hausratversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Haftpflichtversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Lebensversicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens:

- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
- Benutztes Verkehrsmittel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km

4. Vermögen

	Antragstellende Person	
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> €
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> €
	IBAN: <input type="text"/>	
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> €
	Konto-Nr. : <input type="text"/>	

Wertpapiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
	Depot: _____	
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
Geldanlagen, Lebens- und Kapitalversicherung, Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
	Vertrags-Nr.: _____	
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester - Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
	Vertrags-Nr.: _____	
Kraftfahrzeug, Motorrad, Kleinkraft, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
Haus- und Grundbesitz im In- und Ausland (auch Miteigentum)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€

Grundstückbezeichnung und Lage erläutern:

Grundstückgröße	<input type="text"/> m ²	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> land- und forstwirtschaftl. Grundbesitz <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück <input type="checkbox"/> sonstiger Grundbesitz
	<input type="text"/> m ²	
Wohnfläche	<input type="text"/> m ²	
Selbst bewohnt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	<input type="text"/> m ²	

Weitere Grundstücke auf einem Blatt in gleicher Weise beschreiben

Sonstiges Vermögen (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art und (geschätzten) Wert angeben <input type="text"/>
--------------------------------------	---	--

5. Vermögen in der Vergangenheit verschenkt oder sonst übertragen oder zur Schuldtilgung verwendet? (ggf. Beiblatt beifügen)

nein ja

Falls ja, wann	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwendungszweck	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift des Empfängers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vermögensart/Wert	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

6. Angaben zu nicht realisierten Ansprüchen gegenüber Dritten

Antragstellende Person

Erbansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag: <input type="text"/> €
Ansprüche aus Übertragungsvertrag (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Pflege)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: <input type="text"/>
		Betrag/Wert: <input type="text"/> €
Sonstige Ansprüche (z.B. Unterhaltsvorschuss, Schadensersatzansprüche, Versorgungsausgleich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: <input type="text"/>
		Betrag/Wert: <input type="text"/> €

7. Weitere Antragsbegründung/Sonstige Anmerkungen

8. Bankverbindung

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an:

Kontoinhaber : IBAN: DE

Geldinstitut : BIC:

Die Zahlung wird auf das v.g. Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das v.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Eingliederungshilfeträgers zurück zu zahlen. Die Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinem Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.

9. Unterschrift

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Insbesondere wurden alle Einkünfte, auch des in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Ehegatten/Partner, sowie das gesamte Vermögen lückenlos angegeben.

Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflicht, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich unterrichtet.

Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Eingliederungshilfeträger (Sozialamt Greiz) mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe.

Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein (weiteres) Informationsgespräch gebeten.

Sozialdatenschutz

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>