



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 Leistung der Eingliederungshilfe- §99 ff. SGB IX:

(Begründung):

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	Leistungsberechtigte Person (Kind)
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsort	<input style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/> <div style="float: right; margin-top: 5px;"> Staatsangehörigkeit: <input style="width: 100px;" type="text"/> Aufenthaltsstatus gültig bis: <input style="width: 100px;" type="text"/> (*Aufenthaltstitel beifügen) </div>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Im Falle eines Umzuges innerhalb der letzten 6 Monate: vorherige Wohnanschrift	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Leistungsbezug von EGH in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktuelle Einrichtung	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> andere: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Wohnort vor Heimaufnahme	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> beantragt Merkzeichen: <input style="width: 150px;" type="text"/> GdB: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> beantragt Pflegegrad: <input style="width: 100px;" 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
	Krankenkasse: <input type="text"/>
	Versicherungsnummer: <input type="text"/>

Diagnosen/Kurzangabe	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

MSD - Gutachten vom Staatlichen Schulamt Ostthüringen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
---	--

2. Angaben zu den Vertrauenspersonen der leistungsberechtigten Person

<input type="checkbox"/> Eltern sind gemeinsam sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt ist nur die Mutter* <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt ist nur der Vater*
<input type="checkbox"/> andere Sorgeberechtigten (z.B Großeltern, Pflegeeltern)* <input type="text"/>
Wohnort des Kindes vor Aufnahme der Pflegeeltern: <input type="text"/>
* Der Sorgerechtsnachweis ist dem Antrag beizufügen (z.B. Vollmacht, Negativnachweis)

Angaben der Sorgeberechtigten	
Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum der Sorgeberechtigten:	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort)	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefon/Handy	<input type="text"/>
Gesetzlicher Betreuer (*Betreuerausweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Betreuers	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefon/Handy	<input type="text"/>
Weitere Kinder im Haushalt der Sorgeberechtigten	Name, Vorname: <input type="text"/>
	Geburtsdatum: <input type="text"/>
	Name, Vorname: <input type="text"/>
	Geburtsdatum: <input type="text"/>
	Name, Vorname: <input type="text"/>
	Geburtsdatum: <input type="text"/>

3. Angaben zu anderen vorrangigen Leistungen

Bestehen Ansprüche aus dem SGB XIV (Gesetz zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts,

z.B. Opferentschädigungsgesetz/Bundesversorgungsgesetz?

nein

ja

Bestehen beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche?

nein

ja

4. Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I.

Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sie sind verpflichtet, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen.

Soweit sich die persönlichen Verhältnisse (Familie, Umzug, Änderung im Sorgerecht) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, ist dies unaufgefordert dem Eingliederungsträger mitzuteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

5. Hinweise zur Datenerhebung/ Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindung

Für den vorstehenden Antrag bin ich damit einverstanden, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von den angegebenen Ärzten und Einrichtungen angefordert werden können. Hierzu gehören u.a. ärztliche und psychologische Gutachten, Untersuchungsunterlagen, Berichte über bisherige Therapieverläufe, Adaptionsbehandlungen und während der Antragstellung/ laufenden Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte. Dies beinhaltet auch die Einwilligung zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an den öffentlichen Träger der Eingliederungshilfe. Soweit vorhanden, darf Einsicht in die Schwerbehindertenakte genommen werden.

Ich willige ein, dass das zuständige Gesundheitsamt zum Zweck der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen wiederkehrend Befunde an den/die zuständige(n) Bearbeiter weiterleiten.

Ich entbinde am Verfahren beteiligte pädagogische, psychologische, medizinische und therapeutische Fachkräfte von deren Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besondere Blätter/ Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden.

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

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift aller Sorgeberechtigten