

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



Landkreis Dahme-Spreewald
 Sozialamt
 Beethovenweg 14
 15907 Lübben (Spreewald)

Eingangsvermerk

1. Leistungen			
Leistungen werden in folgender Form gewünscht	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 113 i. V. m. §§ 76-84 SGB IX)		
	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 112 i. V. m. § 75 SGB IX)		
	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 111 i. V. m. §§ 49-63 SGB IX)		
	<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 109, 110 i. V. m. §§ 42-48 SGB IX)		
Wo soll die Leistung erbracht werden?	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit	<input type="checkbox"/> besondere Wohnform	<input type="checkbox"/> Tagesstätte
	<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen		<input type="checkbox"/> sonstiges
Ab wann soll die Leistung erbracht werden?			
Begründung / Art der gewünschten Hilfe (ggf. gesondertes Blatt verwenden)			
Leistungsform	<input type="checkbox"/> Persönliches Budget (§ 29 SGB IV)		
	<input type="checkbox"/> Übernahme von Leistungen in Diensten oder Einrichtungen		
Wurden schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann
	Bei welcher Behörde		
Wurden in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	(bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid beifügen)
	Bei welcher Behörde		
Wurden in den letzten 12 Monaten Leistungen der Jugendhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar in dieser Art vom Jugendamt in	

2. Persönliche Verhältnisse und Angaben (* freiwillige Angabe)			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____
	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft

Anschrift (Str., Hsnr., PLZ, Wohnort)			
E-Mail*		Telefon*	
Staatsangehörigkeit	Asylbewerber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufenthaltsstatus (Nachweise beifügen)			
2.1 Gesetzlicher Betreuer / Vorsorgebevollmächtigter Wichtig: Bitte Kopie des Betreuerausweises / der Vorsorgevollmacht beifügen			
<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> Personensorge/Vormund	
<input type="checkbox"/> keine Betreuung oder dergleichen		<input type="checkbox"/> Betreuer beantragt	
Name, Vorname			
Anschrift (Str., Hsnr., PLZ, Wohnort)			
E-Mail		Telefon	

3. Aufenthaltsverhältnisse		
aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/> eigene Familie (mit Partner/Kindern)
	<input type="checkbox"/> in der Herkunftsfamilie (bei Eltern, Geschwistern)	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen/besondere Wohnform
	<input type="checkbox"/> wohnungslos	<input type="checkbox"/> sonstiges:
	<input type="checkbox"/> in meiner Wohnung leben weitere Personen, die Eingliederungshilfe erhalten	
Aufenthalt in den letzten 12 Monaten vor dieser Antragstellung bzw. vor der Aufnahme in die Wohnform oder dem Beginn der hiermit beantragten Leistung (Wohnsitze, Kranken-, Pflege-, Jugendhilfeeinrichtung, JVA-Aufenthalte o.ä.)		
von	bis	Straße, PLZ, Ort
Ambulante Betreuung in der ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung vor Antragstellung, z. B. durch mobilen Hilfsdienst, Pflegedienst?		
von	bis	Name und Ort des Leistungserbringers

4. Behinderung								
Art der Behinderung Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen zur Behinderung bei	<input type="checkbox"/> geistig			<input type="checkbox"/> körperlich				
	<input type="checkbox"/> seelisch			<input type="checkbox"/> Suchterkrankung				
	<input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung			Art				
	<input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht			Art				
Schwerbehindertenausweis (oder gleichgestellte Dokumente)	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> wurde bereits beantragt					
	<input type="checkbox"/> wird noch beantragt			Grad d. Behinderung				
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> TBI

5. vorrangige Ansprüche (* bitte Nachweise beifügen)			
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.			
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 Leistungsvoraussetzungen des BVG vorsehen (sog. Nebengesetze). Dazu zählen u. a. Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Wehrdienstbeschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Impfbeschädigte nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).			
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> keine Fremdeinwirkung (z. B. durch eine Erkrankung)		
	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Arzt- oder Hebammenfehler	
	<input type="checkbox"/> Impfschaden	<input type="checkbox"/> tätlicher Angriff (Gewaltverbrechen)	
	<input type="checkbox"/> sonstiges:		
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung, Verursacher)? *			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in Höhe von	€ / monatlich	bzw. Abfindung	€
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? *			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Sozialversicherung			
6.1 Kranken- und Pflegeversicherung			
Art der Versicherung	<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
Name der Krankenversicherung			
Anschrift der Krankenversicherung			
Versichertennummer			
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> wurde beantragt	<input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt	<input type="checkbox"/> wurde abgelehnt
	<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5
Landespflegegeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inanspruchnahme	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geld- und Sachleistung
6.2 Rentenversicherung			
Name			
Anschrift			
Versichertennummer			
erwerbsgemindert	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> befristet bis:	

7. Angaben über zurückliegende Behandlungen und regelmäßig in Anspruch genommene Hilfen		
	Anzahl Behandlungen	Name/Anschrift
Hausarzt		

Facharzt		
Krankenhaus		
Ambulante Psychotherapie/ Psychosomatik/Psychiatrie		
Stationäre Psychotherapie/ Psychosomatik/Psychiatrie		
Qualifizierte Entzugsbehandlung (Entgiftungsbehandlung)		
(Alkohol-)Entwöhnungsbe- handlung (AEB)		
Adaption		
S 4 – Behandlungen		
Intervalltherapie		
Ambulante medizinische Rehabilitation		
Stationäre medizinische Rehabilitation		
Reha-Nachsorge		
Belastungserprobung (medizinisch-berufliche Rehabilitation)		
Berufliche Rehabilitation / Berufsförderung		
Tagesklinik		
Soziotherapie		
Ergotherapie / Arbeitstherapie		
Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst		
Psychiatrische Institutsambulanz		
Selbsthilfegruppe		
Suchtberatung (psychoth. Weiterbehandlung)		
Ambulante (Sucht-)Nachsorge		
Sozialpsychiatrischer Dienst		
Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie		
Integrationsfachdienst / Integrationsamt		

8. Angaben zum Einkommen gemäß §§ 135-142 SGB IX			
<u>Einkommensteuerbescheid/Einkommensnachweise des Vorvorjahres</u> Beispiel: Sie beantragen eine Leistung für das Jahr 2024, so legen Sie die Einkommensteuerbescheide/Einkommensnachweise für das Jahr 2022 vor.			
8.1 Werden aktuell Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bezogen?			
Bürgergeld nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) – Jobcenter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Ergänzende Hilfen zum Lebensunterhalt nach § 27a BVG oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Arbeitslosengeld nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
8.2 Einkünfte des Vorvorjahres	Betrag in EUR		
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (Lohn/Gehalt), auch aus der WfbM			
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbständiger Arbeit			
<input type="checkbox"/> Rente (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen voller/teilweiser Erwerbsminderung usw.)			
<input type="checkbox"/> Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten, private Rentenversicherung, Sonstige (z. B. aus dem Ausland)			
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft			
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Kapitalvermögen/Zinsen			
<input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld			
<input type="checkbox"/> Pflegegeld			
<input type="checkbox"/> Kindergeld			
<input type="checkbox"/> Wohngeld			
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte			
<input type="checkbox"/> aktuell kein Einkommen			
Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?			
<input type="checkbox"/> ja (Belege beifügen und erhebliche Abweichungen begründen)	<input type="checkbox"/> nein		
8.3 Vom Einkommen abziehbare Beträge (nur bei Beantragung von Sozialleistungen)			
Hausratversicherung		Haftpflichtversicherung	
Altersvorsorgebeträge		sonstiges	
9. Angaben zum Vermögen			
9.1 Bargeld, Guthaben, sonstiges Vermögen	Betrag in EUR		
<input type="checkbox"/> Bargeld			
<input type="checkbox"/> Guthaben auf Girokonto			
<input type="checkbox"/> Sparbuch, Tagesgeldkonto, Festgeldkonto			
<input type="checkbox"/> Internet-Konto (z. B. Paypal, Amazon, Bitcoin)			
<input type="checkbox"/> Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile			

<input type="checkbox"/>	Bestattungsvorsorgevertrag	
<input type="checkbox"/>	Staatlich geförderte, private Altersvorsorge	
<input type="checkbox"/>	Lebensversicherung/Rentenversicherung mit Rückkaufswert	
<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung mit Rückkaufswert	
<input type="checkbox"/>	Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtanteilen	
<input type="checkbox"/>	Ansprüche aus Kapitalversicherungen - Versicherungssumme	
	Rückkaufswert	
<input type="checkbox"/>	Fonds, Wertpapiere (Anlageform/Institut) - Kurs	
	Nennwert	
<input type="checkbox"/>	Sonstige Forderungen (z. B. Schadenersatz, Außenstände, Schließfächer)	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges Vermögen (z. B. hochwertige Gegenstände, Schmuck, Patent-Urheber-/Markenrechte)	
<input type="checkbox"/>	Fahrzeuge (z. B. Auto, Motorrad, Boot) - Kaufvertrag und eventuelle Zulassungspapiere beifügen	
Hersteller/Typ		Baujahr
Anschaffungswert		Zeitwert
<input type="checkbox"/>	Ich habe kein Fahrzeug	
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre ausdrücklich, kein Vermögen zu haben	
9.2 Angaben zu Immobilien und Grundstücken im In- und Ausland		
Sind Sie (Mit-)Eigentümer von Immobilien und/oder Grundbesitz?		
<input type="checkbox"/>	ja, dann folgende Punkt beachten (Grundbuchauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Hauseigentum	
<input type="checkbox"/>	Wohnungseigentum	
<input type="checkbox"/>	unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke	
<input type="checkbox"/>	sonstiges Haus- oder Grundvermögen	
<input type="checkbox"/>	Es ist bereits bekannt, dass ich Grundstück(e), Immobilien erhalten/kaufen/vererbt bekommen werde. Ich werde Sie umgehend informieren, sobald dies erfolgt ist.	
Verkehrswert		Größe
aktuelle Nutzung		
9.3 Vermögensübertragungen		
Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, zum Beispiel Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder wurde auf Wohnrechte beziehungsweise sonstige Rechte verzichtet?		
<input type="checkbox"/>	ja, in den letzten 10 Jahren	<input type="checkbox"/> ja, vor über 10 Jahren <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie jemanden Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?		
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus und führen Sie gegebenenfalls eine Aufstellung bei.		
Begünstigte Person (Name, Wohnanschrift)	Art der Zuwendung (Was wurde übertragen?)	Höhe/Wert der Zuwendung

9.4 Vertragliche Rechte

Haben Sie Anspruch auf vertragliche Rechte?

ja, dann folgende Punkt beachten (Nachweise beifügen)

nein

Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch

Anspruch auf Pflege

Verpfändungen/Bürgschaften

Verzicht auf vertragliche Rechte (bitte erläutern):

sonstige Ansprüche:

10. Bankverbindung

Kreditinstitut

Kontoinhaber

IBAN

11. Erklärungen und Hinweise

Ich versichere durch meine Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind, ich nichts verschwiegen habe und der Wahrheit entsprechen. Nicht zutreffende Felder sind deutlich zu streichen bzw. mit „Nein“ zu beantworten.

In dem Antrag wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Ich bestätige, dass ich die nachfolgend aufgeführten Anlagen

- Hinweise zur Gewährung von Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern Zwölftes Buch (SGB XII und Neuntes Buch (SGB IX)
- Belehrung Mitwirkungspflichten
- Hinweise zur Vorlage und Speicherung von Kontoauszügen
- Datenschutzhinweise
- Beratungsangebote im Landkreis Dahme-Spreewald

vollständig erhalten, am _____ gelesen, zur Kenntnis genommen habe und bei mir verbleiben. Mir ist bekannt, dass ich die Zustimmungen jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift antragstellende Person

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter