

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

2. Persönliche Verhältnisse und Angaben (* freiwillige Angabe)

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers ☐
Familienstand	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ geschieden seit _____
	☐ getrennt lebend	☐ verwitwet	☐ Lebenspartnerschaft

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

3. Aufenthaltsverhältnisse		
aktuelle Wohnsituation	☐ allein in eigener Wohnung	☐ eigene Familie (mit Partner/Kindern)
	☐ in der Herkunftsfamilie (bei Eltern, Geschwistern)	☐ betreutes Wohnen/besondere Wohnform
	☐ wohnungslos	☐ sonstiges:
	☐ 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	☐ geistig				☐ körperlich			
	☐ seelisch				☐ Suchterkrankung			
	☐ Sinnesbeeinträchtigung				Art			
	☐ von Behinderung bedroht				Art			
Schwerbehinderten- ausweis (oder gleich- gestellte Dokumente)	☐ liegt vor	☐ liegt nicht vor			☐ wurde bereits beantragt			
	☐ wird noch beantragt				Grad d. Behinderung			
Merkzeichen	☐ B	☐ BI	☐ G	☐ aG	☐ H	☐ RF	☐ GI	☐ 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	☐ keine Fremdeinwirkung (z. B. durch eine Erkrankung)		
	☐ Unfall	☐ Arzt- oder Hebammenfehler	
	☐ Impfschaden	☐ tätlicher Angriff (Gewaltverbrechen)	
	☐ sonstiges:		
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung, Verursacher)? *			☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in Höhe von	€/monatlich	bzw. Abfindung	€
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? *			☐ ja ☐ nein

6. Sozialversicherung					
6.1 Kranken- und Pflegeversicherung					
Art der Versicherung	☐ pflichtversichert			☐ familienversichert	
	☐ als Rentner versichert			☐ privat versichert	
	☐ freiwillig gesetzlich versichert			☐ nicht versichert	
Name der Krankenversicherung					
Anschrift der Krankenversicherung					
Versichertennummer					
Pflegegrad	☐ wurde beantragt		☐ wurde nicht beantragt		☐ wurde abgelehnt
	☐ PG 1	☐ PG 2	☐ PG 3	☐ PG 4	☐ PG 5
Landespflegegeld	☐ ja ☐ nein		☐ beantragt		
Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages					☐ ja ☐ nein
Inanspruchnahme	☐ Geldleistung		☐ Sachleistung	☐ Geld- und Sachleistung	
6.2 Rentenversicherung					
Name					
Anschrift					
Versichertennummer					
erwerbsgemindert	☐ ja, und zwar seit:		☐ nein		☐ beantragt
	☐ dauerhaft		☐ 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?			
Grundsicherungsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) – Jobcenter	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Ergänzende Hilfen zum Lebensunterhalt nach § 27a BVG oder vergleichbare Leistungen	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Arbeitslosengeld nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
8.2 Einkünfte des Vorvorjahres			Betrag in EUR
☐ Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (Lohn/Gehalt), auch aus der WfbM			
☐ Einkünfte aus selbständiger Arbeit			
☐ Rente (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen voller/teilweiser Erwerbsminderung usw.)			
☐ Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten, private Rentenversicherung, Sonstige (z. B. aus dem Ausland)			
☐ Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft			
☐ Einkünfte aus Kapitalvermögen/Zinsen			
☐ Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld			
☐ Pflegegeld			
☐ Kindergeld			
☐ Wohngeld			
☐ Sonstige Einkünfte			
☐ aktuell kein Einkommen			
Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?			
☐ ja (Belege beifügen und erhebliche Abweichungen begründen)			☐ nein
8.3 Vom Einkommen abziehbare Beträge (nur bei Beantragung von Sozialleistungen)			
Hausratversicherung		Haftpflchtversicherung	
Altersvorsorgebeträge		sonstiges	
9. Angaben zum Vermögen			
9.1 Bargeld, Guthaben, sonstiges Vermögen			Betrag in EUR
☐ Bargeld			
☐ Guthaben auf Girokonto			
☐ Sparbuch, Tagesgeldkonto, Festgeldkonto			
☐ Internet-Konto (z. B. Paypal, Amazon, Bitcoin)			
☐ Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile			

☐	Bestattungsvorsorgevertrag	
☐	Staatlich geförderte, private Altersvorsorge	
☐	Lebensversicherung/Rentenversicherung mit Rückkaufswert	
☐	Unfallversicherung mit Rückkaufswert	
☐	Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtanteilen	
☐	Ansprüche aus Kapitalversicherungen - Versicherungssumme Rückkaufswert	
☐	Fonds, Wertpapiere (Anlageform/Institut) - Kurs Nennwert	
☐	Sonstige Forderungen (z. B. Schadenersatz, Außenstände, Schließfächer)	
☐	Sonstiges Vermögen (z. B. hochwertige Gegenstände, Schmuck, Patent-Urheber-/Markenrechte)	
☐	Fahrzeuge (z. B. Auto, Motorrad, Boot) - Kaufvertrag und eventuelle Zulassungspapiere beifügen	
Hersteller/Typ		Baujahr
Anschaffungswert		Zeitwert
☐	Ich habe kein Fahrzeug	
☐	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?		
☐	ja, dann folgende Punkt beachten (Grundbuchauszug beifügen)	☐ nein
☐	Hauseigentum	
☐	Wohnungseigentum	
☐	unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke	
☐	sonstiges Haus- oder Grundvermögen	
☐	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?		
☐	ja, in den letzten 10 Jahren	☐ ja, vor über 10 Jahren ☐ nein
Haben Sie jemanden Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?		
☐	ja	☐ 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 Punkte 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