Antrag auf Leistungen nach dem Landesteilhabegeldgesetz (LTeilhGG)

Landkreis Dahme-Spreewald, Reutergasse 12, 15907 Lübben (Spreewald)

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

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.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Persönliche Angaben zum Antragsteller			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsname	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer / Mobil			
E-Mail-Adresse			
Aktenzeichen bekannt?	☐ nein ☐ ja 50.64.		
Pflegegrad	☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
	Höhe der Leistung Euro **(bitte Pflegekassenbescheid beifügen)**		
Art der Betreuung	☐ keine ☐ teilstationär ☐ stationär		
	Ort der Betreuung		
Kranken- und Pflegeversicherung	☐ keine		
	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
Betreuer oder Bevollmächtigter **(bitte Nachweis beifügen)**	☐ keine		
	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
	Telefon		

Speichern **Drucken** **Eingaben löschen**

2. Angaben zu näheren Angehörigen (bspw. Ehegatte, Eltern, Kinder, Vormund oder Pfleger)	
☐ Ich möchte keine Angaben machen.	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Für weitere Angehörige bitte Zusatzblatt benutzen.

Speichern **Drucken** **Eingaben löschen**

3. Antragsgrund und Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften
Ich beantrage die Leistungen nach § 2 des Landesteilhabegeldgesetzes aufgrund
Nummer 1 - Personen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch
☐ 1a: mit Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände
☐ 1b: mit Lähmungen oder gleichartigen Behinderungen, wenn dadurch auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht
Nummer 2 - blinde Menschen
☐ 2: blinde Menschen und Ihnen nach § 72 Absatz 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellten Personen
Nummer 3 - gehörlose Menschen
☐ 3.1: mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit
☐ 3.2: mit bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit
☐ 3.3: Personen, die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit erworben haben, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen 100 vom Hundert beträgt
Nummer 4 - taubblinde Menschen
☐ 4: taubblinde Menschen denen das Merkzeichen **TBI** nach § 3 Absatz 1 Nummer 8 der Schwerbehindertenausweisverordnung zuerkannt worden ist oder die die Voraussetzungen zur Zuerkennung dieses Merkzeichens erfüllen
Ergänzungen (Krankheiten, Behinderungen)
Ich beziehe Leistungen zum Ausgleich der behinderungsbedingten Mehraufwendungen nach anderen Rechtsvorschriften
☐ nein ☐ ja, Höhe der Leistung Euro (bitte Kopien beifügen)

4. Schwerbehinderung			
Bei mir liegt ein Behinderungsgrad bzw. eine Schwerbehinderung vor ☐ nein ☐ ja*			
Grad der Behinderung			
Versorgungsamt			
ausgestellt am		gültig bis	
Merkzeichen	☐ G ☐ aG ☐ B ☐ H ☐ RF ☐ BI ☐ GI ☐ TBI		

*Bitte Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über den Grad der Behinderung des Landesamtes für Soziales und Versorgung beifügen.

Speichern Drucken Eingaben löschen

5. Bankverbindung	
Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

6. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche (Aufgrund der Blindheit/Gehörlosigkeit oder weiterer Anspruchsvoraussetzungen nach § 2 Landesteilhabegeldgesetz)	
Glauben Sie oder Ihr Partner, dass Sie noch weitere nicht entschiedene Ansprüche haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?	☐ nein ☐ ja
Art der nicht entschiedenen Ansprüche	☐ aus der Sozialversicherung ☐ aus Unfall ☐ als kriegsbeschädigte Person ☐ aus Krankheit ☐ aus dem Lastenausgleich ☐ aus anderem Rechtsgrund Rechtsgrund
Ort der Antragstellung	
Rechtsstreit anhängig	☐ nein ☐ ja anhängig bei Aktenzeichen

7. Blindenhilfe
Sofern Sie blind oder taubblind im Sinne des Landesteilhabegeldgesetzes sind haben Sie die Möglichkeit, neben dem Landesteilhabegeld ebenfalls Blindenhilfe nach § 72 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zu beantragen. Hierbei ist zu beachten, dass die Blindenhilfe einkommens- und vermögensabhängig ist. Eventuelle Ansprüche nach dem Landesteilhabegeldgesetz sind auf die Blindenhilfe anzurechnen.
Ich beantrage ebenfalls Blindenhilfe nach § 72 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. ☐ nein ☐ ja

Speichern **Drucken** **Eingaben löschen**

Erläuterung zum Antrag auf Leistungen nach dem Landesteilhabegeldgesetz

Bei der Prüfung des Antrages auf Landesteilhabegeld nach dem Landesteilhabegeldgesetz (LTeilhGG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Oktober 1995 (GVBI.1/95, [Nr. 20], S.259), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Landespflegegeldgesetzes vom 20. Juni 2024, müssen gleichartige Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften gewährt werden, Berücksichtigung finden.

Danach sind die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf das Landesteilhabegeld anzurechnen.

Sie werden daher aufgefordert, spätestens im Monat der Antragstellung auf Leistungen nach dem Landesteilhabegeldgesetz bei der zuständigen Krankenversicherung Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beantragen.

Der Bescheid hierüber ist dem Sozialamt des Landkreises Dahme-Spreewald

unverzüglich zuzuleiten. **Erklärung der berechtigten Person**

Ich erkläre, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde. Des Weiteren erkläre ich, dass ich die vorstehenden Erläuterungen gelesen und verstanden habe.

Mit diesem Antrag erkläre ich mein Einverständnis, dass die zur ärztlichen Begutachtung notwendigen Angaben an den ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes beziehungsweise an den Amtsarzt weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss oder weniger Leistungen erhalte.

Ich bestätige, ausdrücklich davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, insbesondere Leistungen, die nach § 5 Landesteilhabegeldgesetz anzurechnen sind (gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften) oder die Aufnahme in ein Krankenhaus, einem Heim oder eine Gleichartige Einrichtung unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller

Speichern **Drucken** **Eingaben löschen**