



Antrag auf Leistungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) Eingliederungshilfe

Ich/Wir beantrage(n) nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe:

- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur sozialen Teilhabe
- Medizinische Rehabilitation

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Nähere Beschreibung des Bedarfs oder Wunsches

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Antragsteller/in ist: <input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> minderjährig		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Name, Vorname (ggf. früherer Name)			
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
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)			
Antragsteller/in wohnt in einer:			
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> besonderen Wohnform	<input type="checkbox"/> anderen Unterbringungsform:	
Telefon (freiwillig)		E-Mail (freiwillig)	
Das antragstellende, minderjährige Kind besucht eine/n:			
<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte	<input type="checkbox"/> Hort	
<input type="checkbox"/> Nur Vormittags	<input type="checkbox"/> Ganztags		



Schwerbehindertenausweis vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ GdB: _____	
Pflegebedürftigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beantragt: _____	Pflegegrad: _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
Kranken- und Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung	
Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen: _____	Versicherungsnummer: _____
Diagnosen/Kurzangaben: <input type="checkbox"/> Gutachten/Untersuchungsberichte sind beigelegt/liegen vor	
Ursache der Behinderung:	
Haben Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja:	Von welchem Träger? _____
	Bis Wann? _____
	In welcher Form? _____

II. Angaben zu den vertretungsberechtigten Personen der antragstellenden Person

<input type="checkbox"/> Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB.	
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht	
Bei Minderjährigen: <input type="checkbox"/> Beide Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund	
Name, Vorname, der zur Vertretung berechtigten Person	
Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):	
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)



III. Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger und Vorhandensein privatrechtlicher Ansprüche (ggf. entsprechende Nachweise beifügen)

a) Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger

Leistungen	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Leistungs- träger	von... bis...
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gem. SGB III					
Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gem. SGB V					
Leistungen der der Gesetzlichen Rentenversicherung gem. SGB VI					
Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung gem. SGB VII					
Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe gem. SGB VIII					
Leistungen der Sozialhilfe SGB XII					
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz (z. B. Kriegsopferfürsorge, OEG, Impfschäden etc.)					
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende gem. SGB II					



Leistungen	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Leistungs- träger	von... bis...
Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben gem. SGB IX					
Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI					
Inanspruchnahme von Beratungsangeboten (z.B. Schuldner- oder Suchtberatung)					
Leistungen nach dem Landesblindengeld- gesetz					
Leistungen nach dem Landespfleugesetz					
Andere Leistungen					

b) Privatrechtliche Ansprüche gegen andere (z.B. Schadensersatz, Schmerzensgeld, Unterhalt)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
---	--



IV. Weitere Antragsbegründung / Sonstige Anmerkungen

--

V. Bankverbindung

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an:	
Geldinstitut	BIC
IBAN	
Kontoinhaber*in	
Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Eingliederungshilfeträgers zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.	

Erklärung

Ich/wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Dies gilt auch für Zusatzblätter und Anlagen, die diesem Antrag beigelegt sind. Mir/uns ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und ich/wir zu Unrecht erlangte Leistungen zurück erstatten muss.

Ich/wir bestätige/n den Erhalt des Merkblatts „Informationen zur Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)“, in dem ich/wir über meine/unsere Rechte und Pflichten aufgeklärt wurde/n.

Über meine/unsere Mitwirkungspflichten, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 60 ff. SGB I wurde/n ich/wir unterrichtet. Es besteht eine Verpflichtung, dem Amt für soziale Leistungen sofort und ohne Aufforderung alle Tatsachen mitzuteilen, die für die Leistungsgewährung wichtig sind. Dazu zählen insbesondere Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen, Abwesenheit, Zu- und Wegzug von Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft sowie Aufnahme von Arbeit.



Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a SGB X und die weitere Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X. Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie auf www.mainz.de/dsgvo

Durch meine/unsere Unterschrift/en erkläre/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der abgegebenen Erklärungen

- Ich stimme der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Daten zu.
- Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe.
- Es besteht noch Informationsbedarf zum vorliegenden Antrag und es wird um ein (weiteres) Informationsgespräch gebeten.

Ort | Datum

Unterschrift der
antragstellenden Person

Unterschrift der
vertretungsberechtigten Person

Änderungsvermerke

Ich/wir bestätige/n, dass die Änderungen, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behörde vorgenommen wurden, mit mir/uns besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort | Datum

Unterschrift der
antragstellenden Person

Unterschrift der
vertretungsberechtigten Person

Ort | Datum

Unterschrift der Sachbearbeiterin/
des Sachbearbeiters