

Eingangsdatum:

# Antrag

auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
Leistungen der Eingliederungshilfe für **volljährige Personen**

<b>Welche Leistung(en) beantragen Sie?:</b>	
Haben Sie bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in der Zeit von _____ bis _____ Von wem? _____
Haben Sie für die beantragten Leistungen bereits einen Antrag bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellt? (z.B. Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (wann/wo?) _____ _____ _____
Wurden die oben beantragten Leistungen bereits von einem anderen Rehabilitationsträger bewilligt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid in Kopie beifügen.)
<b>1. Persönliche Verhältnisse</b>	
Name, Vorname ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
E-Mail (freiwillige Angabe)	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (Bitte 5. „Für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen.)
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Schulabschluss	
Beruf/ bisherige Tätigkeit	

<b>2. Angaben zur Behinderung</b>	
Art der Behinderung	(Bitte aktuelle ärztliche Unterlagen (mit Diagnosen) in Kopie beifügen.)
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Bitte Kopie beifügen.) gültig bis: _____ Grad der Behinderung: _____ mit Merkzeichen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____
Erhalten Sie oder ein Familienangehöriger Entschädigungsleistungen nach Entschädigungsgesetzen? (Z.B. Soziales Entschädigungsrecht (SER), Infektionsschutzgesetz/ Impfschäden (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG) oder sonstiger Entschädigungsgesetze)	SER: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ IfSG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ HHG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____ Sonstige: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wer? _____  (Falls ja, bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen.)
Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen Schadensersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Gegen wen? _____
Bestehen Ansprüche aus einer Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Bei wem? _____
<b>3. Angaben zur Betreuung</b>	
Haben Sie eine Betreuerin/einen Betreuer, einen Beistand oder eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen.)
Familienname, Vorname	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
E-Mail (freiwillige Angabe)	

<b>4. Aufenthaltsverhältnisse</b>	
Seit wann leben Sie am Ort der Antragstellung?	
Von wo sind Sie zugezogen?	
<b>Bei Heim- oder Krankenhausaufenthalt</b> Anschrift (Heim oder Krankenhaus) _____ Aufnahmedatum _____ Aufenthaltsadresse in den letzten beiden Monaten vor der Aufnahme in das Heim oder Krankenhaus _____	
<b>5. Für ausländische Staatsangehörige</b>	
Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status? (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung)	(Bitte Nachweis der Ausländerstelle in Kopie vorlegen.)
Wann und warum sind Sie nach Deutschland geist?	Datum der Einreise: _____ Grund der Einreise: _____ _____ _____
<b>6. Personen, die mit in Ihrem Haushalt leben</b>	
Nicht getrennt lebende Ehe- bzw. Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft	Name, Vorname, Geburtsdatum: _____
Unterhaltsberechtignte Kinder, die in Ihrem Haushalt leben	Name, Vorname, Geburtsdatum: _____ _____ _____
Angehörige/ sonstige Personen, die in Ihrem Haushalt leben	Name, Vorname, Geburtsdatum: _____ _____ _____

<b>7. Kranken- und Pflegeversicherung</b>	
Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung bei _____
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Pflegegrad _____ <small>(Bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen.)</small> <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <small>(Bitte Nachweis beifügen.)</small>
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
<b>8. Ihre Bankdaten</b>	
Kontoinhaber:	
Institut:	
IBAN:	
BIC:	

### 9. Hinweis:

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden können.

### 10. Erklärung:

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich mich bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben wegen Betrugs (§ 263 Strafgesetzbuch) strafbar mache und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten muss. Über meine Mitwirkungspflichten, Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Änderungen bei leistungsrelevanten Tatsachen, insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Wegzug, vorübergehende Abwesenheiten, Auslandsaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) sind dem Landratsamt Heilbronn - Sozial- und Versorgungsamt - unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60 - 65 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I). Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Anlage: alle erforderlichen Nachweise sind in Kopie beigelegt.

Als Bevollmächtigter/ Betreuer gebe ich diese Erklärung im Namen des Antragstellers ab.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers und/oder des Betreuers/Bevollmächtigten