



Eingang:	Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe für volljährige Personen	Aktenzeichen:
-----------------	---	----------------------

Antrag auf folgende Leistung(en):	
Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Träger bewilligt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja, erhalten (wann/wo - bitte Nachweis beifügen) _____ _____
Oder Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Träger beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt (wann/wo) _____
Oder Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann/wo/welche Leistung - wenn möglich, bitte Nachweis vorlegen) _____ _____
	<input type="checkbox"/> nein

Persönliche Verhältnisse

Familienname, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Geschlecht, Staatsangehörigkeit	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verpartnert <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, unter folgender Anschrift: _____ _____
Steueridentifikationsnummer	
Personen, die mit in Ihrem Haushalt leben: nicht getrenntlebende Ehe- bzw. Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja, Herr/Frau _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name und Alter) _____ _____
unterhaltsberechtignte Kinder, die in Ihrem Haushalt leben	<input type="checkbox"/> nein
Ihre Bankdaten: Kontoinhaber:	
Institut:	
IBAN:	BIC:

Für ausländische Staatsangehörige

Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status? (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung...)	 (Bitte Nachweise der Ausländerstelle vorlegen!)
Wann/warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	Datum der Einreise: _____ Grund der Einreise: _____ _____
Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt? Familienname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ist eine Rückkehr ins Heimatland beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich _____ <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Betreuung

Haben Sie eine Betreuerin/einen Betreuer, einen Beistand oder eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen!)
Familienname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Kranken- und Pflegeversicherung

Wo sind Sie versichert? Bitte auch die Versicherungsnummer angeben	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine Zusatzversicherung bei _____ _____
Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ (Bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Behinderung	
Art der Behinderung (welche Umstände und Tatsachen machen nach Ihrer Auffassung eine Leistungsgewährung erforderlich?)	(Wenn möglich, bitte aktuelle ärztliche Unterlagen vorlegen!) _____ _____ _____
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ Grad der Behinderung: _____ mit Merkzeichen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> nein (Bitte Nachweis einfügen!)
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"/> sonstige Gründe: _____ _____
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €/monatlich bzw. Abfindung von _____ € (Bitte Nachweis einfügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <input type="checkbox"/> nein
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis einfügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu Bedarfen für Unterkunft und Heizung in der besonderen Wohnform	
Wohnen Sie in einer besonde- ren Wohnform mit Betreuung über Tag und Nacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte legen Sie Ihren Wohn- und Betreuungsvertrag mit Ihrer Einrichtung/Ihrem Anbieter vor!)

Erklärung:

Ich versichere, dass die in dem vorstehenden Antragsbogen von mir gemachten Angaben in allen Punkten der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben sowie das Verschweigen von Änderungen in den Familienverhältnissen (Sterbefälle, Wegzug aus dem Haushalt usw.) oder das Verschweigen irgendeines Einkommens oder Vermögens auch meiner Familienangehörigen, die sofortige Entziehung der Eingliederungshilfe, die Rückzahlung der zu Unrecht bezogenen Leistungen und die Strafverfolgung wegen Betruges bzw. Betrugsversuches zur Folge haben kann.

Ich weiß, dass ich nach § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss solange mir oder meinen anspruchsberechtigten Angehörigen Leistungen der Eingliederungshilfe gezahlt wird. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden.

Ort, Datum

Unterschrift

