

Bitte Rücksendung an:

Oberbergischer Kreis
Der Landrat
Amt 50/22
Moltkestr. 42
51643 Gummersbach

Eingang Behörde (Stempel):

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gem. SGB IX
Hier: Soziale Teilhabe**

Bitte **beantworten Sie** im Folgenden **jede Position** mit „ja“ oder „nein“ bzw. kreuzen Entsprechendes an. Ein unvollständig ausgefülltes Formular wird an Sie zurückgeschickt. Vergessen Sie bitte nicht für die Richtigkeit der Angaben am Ende des Dokumentes zu **unterschreiben**.

Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII). Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, kann die Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	
Antragsteller/in, leistungsberechtigte Person	
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum und -ort	
Anschrift	
Staatsangehörigkeit	
<u>Bei ausländischer Staatsangehörigkeit:</u> Datum der Einreise, Aufenthaltsstatus	Einreise am: Duldung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwerbehindertenausweis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gültig bis: _____ Merkzeichen: GdB: _____
Art der Behinderung	körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> <u>Bitte fügen Sie aktuelle ärztliche Unterlagen/ Diagnoseberichte bei!</u>
Bestehen aufgrund der Behinderung Ansprüche gegen Dritte?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (z.B. aufgrund eines Unfalls oder Arztfehlers) falls ja, bitte kurz erläutern
Krankenversicherung (Name, Anschrift)	
Versichertennummer	
Bezieht Antragsteller/in folgende Leistungen? <u>Wenn ja, welche Art und seit wann?</u> (Bitte entsprechenden aktuellen Nachweis beifügen)	
SGB II -Leistungen (Grundsicherung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
SGB V -Leistungen (Krankenkassenleistung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
SGB XI -Leistungen (Pflegeversicherung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

SGB XII -Leistungen (z.B. Hilfe zur Pflege)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Wurden durch Antragsteller/in in der Vergangenheit bereits Leistungen nach dem <u>SGB IX</u> (z.B. im Rahmen der Frühförderung) bezogen? Wenn ja, welche Art und wann? (Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

II. Angaben zu den Erziehungsberechtigten		
	Mutter leiblich <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/>	Vater leiblich <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/>
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)		
Geburtsdatum und -ort		
Anschrift (wenn abweichend zu der des Kindes)		
Staatsangehörigkeit		
Bei ausländischer Staatsangehörigkeit Datum der Einreise, Aufenthaltsstatus	Einreise: Duldung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Einreise: Duldung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Telefon-/ Handynr.		
E-Mail		
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> seit:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> seit:
Leben im Haushalt des/der Antragstellers/in Personen, die Leistungen nach dem <u>SGB IX</u> beziehen? Wenn ja, wer?		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

Leben weitere Personen in der o.g. Wohnung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, bitte folgende Angaben machen und weitere Personen ggf. auf einem Beiblatt ergänzen:		
Name, Vorname	Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsdatum
Name, Vorname	Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsdatum
Name, Vorname	Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsdatum
Name, Vorname	Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsdatum

III. Einkommen des Antragstellers und der Eltern (aus dem In- und Ausland)
a) Erwerbseinkommen (aus dem In- und Ausland) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja: Bitte fügen Sie dem Antrag den Steuerbescheid des Vorjahres in Kopie bei.

b) Renteneinkommen (auch aus dem Ausland; z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Alters-, Unfall-, Betriebs-, Zusatz-, Witwen- und Waisenrente, landwirtschaftliches Altersgeld, sonstige Renten, Pension) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja: Bitte geben Sie die Rentenart und -höhe an und legen einen aktuellen Bescheid vor.			
Rentenart			€
Rentenart			€
Rentenart			€
Rentenart			€
c) Sonstiges Einkommen (aus dem In- und Ausland) Bitte aktuellen Nachweis beifügen!			
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
Wohngeld	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
Pflegegeld	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
Unterhalt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	von	monatlich €
Waisengeld	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
Leistungen für Kinder (Kindergeld, Unterhalt, Kinderzuschlag etc.)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Art	€
		Art	€
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
			€
Guthaben/Erstattungen aus Abrechnungen (z.B. Heiz- und Nebenkostenabrechnung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
			€
Mieteinnahmen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Kaltmiete	€
		Nebenkosten	€
		Heizkosten	€
Pachteinnahmen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
Ausbildungsförderung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		€
Sonstige Einkünfte	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Art	€
			€

IV. Vermögen (im In- und Ausland) Bitte aktuellen Nachweis beifügen!			
Antragsteller/in und Eltern			
Bargeld	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Bankguthaben	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Sparguthaben	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Wertpapiere	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Bestattungsvorsorge	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Geldanlage, Lebens-, Kapitalversicherung, Bausparvertrag	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Betrag €
Kraftfahrzeug/Motorrad/Kleinkraftfahrzeug, etc.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Typ Kennzeichen	
Haus- und Grundbesitz im In- und Ausland (auch Miteigentum)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> land- und forstwirtschaftl. Grundbesitz <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück <input type="checkbox"/> sonstiger Grundbesitz (bitte auf Beiblatt erläutern)	Grundstücksbezeichnung/ -lage
Grundstücksgröße	qm	Verkehrswert	€
Wohnfläche	qm	Miet-/Pachteinnahmen (mtl.)	€
Selbst bewohnt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Belastungen/Zinsen Tilgung	€
Weitere Grundstücke auf einem Beiblatt in gleicher Weise beschreiben.			

Sonstiges Vermögen (auch im Ausland)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Art und geschätzten Wert angeben (z.B. Wertgegenstände, Sammlungen, Schmuck, Forderungen, Patentrechte und Zuwendungen) € € € €
---	---	---

V. Unterschrift

Den Antrag auf Eingliederungshilfe habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

- Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde.
- Andere Personen haben ihre Angaben durch ihre Unterschrift (unten) bestätigt oder einen eigenen Vordruck ausgefüllt.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziale Angelegenheiten mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift

Entbindung von der Schweigepflicht

Nachname, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

gesetzlich vertreten durch (Eltern minderjähriger Kinder, Vormund, Betreuer)
Nachname, Vorname:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Ich habe folgende Leistung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) beantragt:

Art der Leistung

- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Abteilung 50/22 (Hilfen für behinderte Menschen) Informationen über meine persönliche bzw. gesundheitliche Situation bei Behörden/ Institutionen/ Dritten (z.B. meinen behandelnden Ärzten, Jobcenter Oberberg, Deutsche Rentenversicherung, Schule, Kindertagesstätte) anfordern und erhalten.
- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Abteilung 50/22 (Hilfen für behinderte Menschen) vertrauliche Unterlagen (z.B. Befunde, Arztberichte, Leistungsbescheide) bei Behörden/ Institutionen/ Dritten (z.B. meinen behandelnden Ärzten, Jobcenter Oberberg, Deutsche Rentenversicherung, Schule, Kindertagesstätte) anfordern und erhalten.
- Ich entbinde die Mitarbeiter der Abteilung 50/22 (Hilfen für behinderte Menschen) von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Behörden/ Institutionen/ Dritten (z.B. meinen behandelnden Ärzten, Jobcenter Oberberg, Deutsche Rentenversicherung, Schule, Kindertagesstätte) soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt **nicht** gegenüber .

Die Weiterleitung der o.g. Daten verfolgt den Zweck, den Sozialhilfe- und/oder Teilhabebedarf zu ermitteln.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und formungebunden gegenüber der zuständigen Behörde widerrufen. Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten beachtet werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Nutzung von Sozialdaten gem. §§ 67 ff. SGB X keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit einer Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Bedarfsermittlung notwendigen Daten auch selbst gegenüber anderen Behörden erklären.

Ort, Datum

Unterschrift