

Bitte Rücksendung an:

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

Eingang Behörde (Stempel):

<p><b>Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gem. SGB IX</b> <b>Hier: Leistungen zur Beförderung</b></p>
---

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.

<b>I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen</b>	
	<b>Antragstellender, leistungsberechtigte Person</b>
Name, Vorname	
Geburtsdatum, -ort	
Anschrift	
Stationäre Einrichtung (Wohn-/ Pflegeheim)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
Schwerbehinderten- ausweis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gültig bis:                      Merkzeichen: GdB:
<b>Besteht eine gesetzliche Betreuung oder Bevollmächtigung?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, bitte entsprechenden <b>Nachweis</b> beifügen und <b>Kontakt Daten</b> angeben:	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon-/ Handynr.	
Email	

<b>Bezieht Antragstellender folgende Leistungen?</b> <b>Wenn ja, welche Art und seit wann?</b> (Bitte entsprechenden aktuellen <b>Nachweis</b> beifügen)		
<b>SGB II</b> -Leistungen (Grundsicherung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
<b>SGB V</b> -Leistungen (Krankenkassenleistung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
<b>SGB XI</b> -Leistungen (Pflegeversicherung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
<b>SGB XII</b> -Leistungen (z.B. Hilfe zur Pflege)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

<b>II. Angaben zum nicht getrennt lebenden Partner</b>	
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum, -ort	
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"/>
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"/>
<b>Leben im Haushalt des Antragstellenden Personen, die Leistungen nach dem <u>SGB IX</u> beziehen? Wenn ja, wer?</b>	
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

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

<b>III. Einkommen des Antragstellers (aus dem In- und Ausland)</b>		
<b>a) Erwerbseinkommen (aus dem In- und Ausland)</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja: Bitte fügen Sie dem Antrag den <b>Steuerbescheid des Vorvorjahres</b> in Kopie bei.		
<b>b) Renteneinkommen</b> (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 <b>aktuellen Bescheid</b> oder wenn vorhanden den <b>Steuerbescheid des Vorvorjahres</b> vor.		
Rentenart		€
Rentenart		€
Rentenart		€
Rentenart		€
<b>c) Sonstiges Einkommen (aus dem In- und Ausland) Bitte aktuellen Nachweis beifügen!</b>		
Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung (SGB II oder SGB XII)	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- u. 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 _____ €

<b>IV. Vermögen (im In- und Ausland) Bitte aktuellen Nachweis beifügen!</b>		
<b>Antragsteller</b>		
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/Kleinkraftrad, etc.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Typ Kennzeichen (Bitte Fahrzeugschein in Kopie vorlegen)

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. Bankverbindung

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN: DE

Kontoinhaber:

Meine Hilfezahlung wird auf das v. g. Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das v. g. Geldinstitut überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers 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.

#### VI. 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