

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin

Amt für Soziales - Teilhabefachdienst

Antrag auf Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe

nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

1. Antragsteller*in

| | |
|---|--|
| | Antragsteller*in |
| Familienname | |
| Geburtsname und früher geführte Namen | |
| Vorname(n) | |
| Geburtsdatum, -ort | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Adresse/ PLZ Wohnort | |
| Telefonnummer / E-Mailadresse (freiwillige Angabe) | |
| Familienstand | |
| Staatsangehörigkeit | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: |
| Aufenthaltsstatus (Ausländer*in) | |
| Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid (bitte Nachweis vorlegen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit GdB _____ Merkzeichen: _____ gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> beantragt am _____ |
| gesetzliche Betreuer*in/ Bevollmächtigte/r | Wenn ja, bitte Name und Adresse angeben (Betreuerausweis/ Bevollmächtigung vorlegen) |
| Person des Vertrauens (freiwillige Angabe) | Wenn ja, bitte Name und Adresse angeben |

2. Leistung

| | | | |
|---|---|--|--|
| Beantragte Leistung (z.B. Assistenz, Hilfsmittel) | | | |
| Wo soll die Leistung erbracht werden? (z.B. in der eigenen Wohnung, besondere Wohnform)? | | | |
| Sind gleichartige Leistung bereits bei anderen Kostenträgern (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung) beantragt? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kostenträger: | |
| Art der Behinderung oder Krankheit | | | |
| Ursache der Behinderung oder Krankheit | | <input type="checkbox"/> Geburtsschaden/ angeborenes Leiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorsätzlich oder rechtswidrig tätlicher Angriff <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | | Bestehen Ansprüche gegen den/die Verursacher/in oder dessen/ deren Versicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Unterlagen (z.B. Versicherungsunterlagen, Bescheid vom Versorgungsamt) beifügen | |
| Bisher durchgeführte (Reha)Maßnahmen | <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung (z.B. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen) | von/bis | Krankenhaus, Sanatorium, behandelnde/r Arzt/Ärztin |
| | | Kostenträger | |
| | <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung (z.B. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen) | von/bis | behandelnde/r Arzt/Ärztin/Therapeut/in |
| | | Kostenträger | |
| | <input type="checkbox"/> orthopädische Versorgung | von/bis | Art |
| | | Kostenträger | |
| | <input type="checkbox"/> schulische oder berufliche Hilfe | von/bis | Art/ Ausbildungsstelle |
| | | Kostenträger | |
| | <input type="checkbox"/> sonstige Maßnahme | Art | |
| | | Kostenträger | |

Antragsbegründung

(Bitte begründen Sie so präzise wie möglich, weshalb Sie Unterstützung benötigen, ggf. verwenden Sie ein gesondertes Blatt)

vom Träger der Eingliederungshilfe auszufüllen:

- medizinische Rehabilitation (Teil 2 Kapitel 3 SGB IX) Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2 Kapitel 4 SGB IX)
 Teilhabe an Bildung (Teil 2 Kapitel 5 SGB IX) Soziale Teilhabe (Teil 2 Kapitel 6 SGB IX)

3. Kranken- und Pflegeversicherung

| |
|---|
| Name der Krankenkasse |
| Anschrift der Krankenkasse |
| Versicherungs-/Mitgliedsnummer |
| Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung (Bitte Versicherungsschein beifügen) <input type="checkbox"/> Familienversicherung Name, Vorname des/r Hauptversicherten Geburtsdatum Versicherungs-/Mitgliedsnummer |
| <input type="checkbox"/> Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz <input type="checkbox"/> § 264 SGB V Name der Krankenkasse Anschrift der Krankenkasse |
| Haben Sie oder Ihr*e Ehepartner*in bzw. eingetragener Lebenspartner*in Ansprüche aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften (z.B. nach den Beihilfavorschriften des Landes oder des Bundes)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift des Dienstherrn: |

4. Pflegebedürftigkeit

| | |
|---|---|
| Beziehen Sie Pflegegeld, Kombinationsleistungen oder Pflegesachleistungen von der Pflegekasse (Bescheid und MDK-Gutachten bzw. Nachweis der Antragstellung bitte beifügen)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antragstellung am _____ <input type="checkbox"/> ja, für Pflegegrad ____ |
|---|---|

5. Einkommen des Vorjahres (2 Jahre vor Antragstellung)

Antragsteller/in

| | |
|--|---|
| Erhalten Sie zurzeit laufende Grundsicherungsleistungen/ Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB II bzw. SGB XII? Wenn nein, dann bitte die folgenden Fragen zum Einkommen beantworten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte aktuellen Bescheid beifügen) |
| Art des Einkommens (z.B. Erwerbseinkommen, Rente) | monatlicher Brutto-Betrag Euro |
| Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres vorhanden? Wenn nein, dann bitte Nachweise zum Einkommen und Werbungskosten des Vorjahres beifügen. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen) |
| Hat sich Ihr aktuelles Einkommen gegenüber dem Vorjahr erheblich verändert? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Begründung der Änderung des Einkommens (Nachweise beifügen): | |
| unterhaltsberechtigte Kinder im gemeinsamen Haushalt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Vorname Geburtsdatum |

Partner/in im gemeinsamen Haushalt nein ja (bitte Nachweise beifügen)

| | |
|---|---------------------------------------|
| Art des Einkommens (z.B. Erwerbseinkommen, Rente, Leistungen nach dem SGB II/XII) | monatlicher Brutto-Betrag Euro |
|---|---------------------------------------|

6. Vermögen (bitte Nachweise beifügen)

| Art des Vermögens | nein | ja | Betrag in Euro |
|--|------|----|----------------|
| Bargeld | | | Euro |
| Guthaben auf Girokonten | | | Euro |
| Sparbuch, Tagesgeldkonto, Festgeldkonto | | | Euro |
| PayPal- und/oder Paydirekt-Konten | | | Euro |
| Bestattungsvorsorgevertrag | | | Euro |
| Staatlich geförderte, private Altersvorsorge | | | Euro |

| Art des Vermögens | nein | ja | Betrag in Euro | |
|---|--|----|----------------|------|
| Lebensversicherung; kapitalbildende Rentenversicherung | | | Rückkaufswert | Euro |
| Unfallversicherung | | | Rückkaufswert | Euro |
| Wertpapiere (Anlageform/ Institut) | | | | Euro |
| Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen | | | | Euro |
| Sonstiges Vermögen (hochwertige Gegenstände wie bspw. Kfz, Schmuck, Kunst) | | | | Euro |
| Sonstige Forderungen (z.B. Schadenersatz, Außenstände usw.) | | | | Euro |
| Nähere Beschreibung des Vermögens | | | | |
| Haben Sie (antragstellende Person) in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wie folgt | | | | |
| Name, Vorname, Anschrift des Empfängers | | | | |
| Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben) | | | | |
| Sind Sie (Mit-)Eigentümer von Immobilien und/oder Grundstücken? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Art (z.B. Haus- oder Wohneigentum) | Grundstücksbezeichnung (Lage, Flur, Flurstück) | | | |
| Verkehrswert (wenn bekannt) | | | | Euro |
| aktuelle Nutzung | | | | |

7. Kontoverbindung

| | | |
|-----------------|-----|---------------------------|
| IBAN | BIC | Name des Kreditinstitutes |
| Kontoinhaber/in | | |

8. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

9. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe, Teilhabefachdienst, anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

10. Aushändigung von Merkblättern

Folgende Merkblätter wurden mir ausgehändigt:

Merkblatt über wichtige Informationen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und über die Mitwirkungspflichten nach den § 108 SGB IX und §§ 60 ff. SGB I: ja nein

Merkblatt zum Datenschutz: ja nein

weitere Merkblätter des Trägers der Eingliederungshilfe ja nein

| |
|--|
| |
|--|

11. Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60ff. SGB I und §§ 67ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert

12. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

13. Unterschrift(en)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in |
|------------|--|

14. Änderungsvermerk

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, welche die Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in |
|------------|--|

15. Anwesenheit eines/r Dolmetschers/in für barrierefreie Kommunikation oder Fremdsprachen

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben im Antrag in Anwesenheit eines/r Dolmetschers/in gemacht wurden.

| | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| Name, Vorname des/r Dolmetschers/in | Die Übersetzung erfolgte mittels: Kommunikationsweg (z.B. Gebärdensprache) oder Sprache eintragen | Unterschrift des/r Dolmetschers/in |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|

16. Stellungnahme Teilhabefachdienst

Vorstehende Angaben sind vollständig nicht vollständig.

Krankenversicherungsschutz geklärt Prüfung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes veranlassen

Beizubringende Unterlagen sind vollständig nicht vollständig und werden nachgereicht.

Anlagen zum Antrag:

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – liegt vor ja nein

Einwilligungserklärung – liegt vor ja nein

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift, Stellenzeichen des/r Mitarbeiter/in des Teilhabefachdienstes |
|------------|--|