

# Antrag auf Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach

Behörde / Eingangsstempel

- Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)  
 dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbaren Gesetzen  
 § 2 Abs. 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)

## in Form von Leistungen zur

- medizinischen 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)  Sozialen Teilhabe (Teil 2 Kapitel 6 SGB IX)

### 1. Angaben zur antragstellenden Person (Antragsteller/in) und zur Partnerin bzw. Partner (Ehegatte, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in)

	Antragsteller/in	Partner/in
Familienname		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, -ort		
Adresse / PLZ Wohnort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Telefonnummer und E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)		
Ausweisdokument		
Nummer des Ausweisdokuments		
Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit GdB ____ (bitte vorlegen) gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit GdB ____ (bitte vorlegen) gültig bis
Steuer-ID		
Sozialversicherungsnummer		
Vormund / Betreuer	wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen	wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen

### 2. Angaben zu den im selben Haushalt lebenden Eltern der minderjährigen antragstellenden Person (§ 136 Abs. 1 SGB IX)

	Mutter	Vater
Familienname		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, -ort		
Adresse / PLZ Wohnort		
Telefonnummer und E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		

- Urheberrechtlich geschützt -  
Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

00/410/9600/29 W. Kohlhammer GmbH (20010)  
Deutscher Gemeindeverlag GmbH  
www.kohlhammer.de  
Bestell-Fax: 0711 7863-8400 E-Mail: dgvy@kohlhammer.de

**3. Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern im Haushalt der antragstellenden Person und der Partnerin / des Partners (§ 136 Abs. 3 und 4 SGB IX)**

Folgende **unterhaltsberechtigte** Kinder leben mit mir / uns in einem gemeinsamen Haushalt:

	1	2	3	4	5
Familienname					
Vorname(n)					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in)					
Steuer-ID und Kindergeldnummer der Familienkasse					

**4. Einkommen (§ 135 Abs. 1 SGB IX)**

Die Angaben zum Einkommen werden benötigt, um den Eigenanteil in Form eines Beitrages nach den §§ 136 und 137 SGB IX zu ermitteln. Maßgeblich für die Berechnung des Einkommens sind nach § 135 Abs. 1 SGB IX die Summe der Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommensteuergesetz (EStG) und/oder der Bruttobetrag der Renteneinkünfte des Vorvorjahres. Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG können im Regelfall aus dem Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres (Jahr der Antragstellung minus 2) entnommen und nachgewiesen werden. Bei Renteneinkünften erfolgt der Nachweis durch die Rentenbezugsmitteilung oder den Rentenbescheid des Vorvorjahres. Ausnahmen gelten, **wenn sich das Einkommen des Vorvorjahres erheblich verändert hat**. Bitte fügen Sie den Einkommensteuerbescheid und/oder den Nachweis über die Höhe der **Bruttobeträge** für die Renteneinkünfte des **Vorvorjahres** bei. Alle Beträge sind als **Jahresbeträge in Euro** anzugeben. **Es wird kein Beitrag verlangt**, wenn Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts bezogen werden (§ 138 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX).

**4.1 Bezug von Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 138 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX)**

Es werden aktuell **Transferleistungen zur Sicherheit des Lebensunterhalts** in Form von

- Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld (Bitte Bescheid des Jobcenters beifügen)
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Bitte Bescheid der Sozialhilfebehörde beifügen)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII (Bitte Bescheid der Sozialhilfebehörde beifügen)
- ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27a BVG oder vergleichbare Leistungen (Bitte Bescheid der Versorgungsbehörde beifügen)
- Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG (Bitte Bescheid der Asylbewerberleistungsbehörde beifügen)

bezogen.

	Antragsteller/in	Partner/in	Mutter	Vater
			Die Angaben zum Einkommen der Eltern sind nur bei <u>minderjährigen</u> antragstellenden Personen erforderlich!	
Der Bezug der Transferleistung erfolgt durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die nachfolgenden Fragen zum Einkommen unter Nr. 4.2 und 4.3 müssen nur beantwortet werden, wenn aktuell keine Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts durch die antragstellende Person bezogen werden.**

#### 4.2 Einkünfte des Vorvorjahres (§ 135 Abs. 1 Alternative 1 SGB IX)

Meine / Unsere **Einkünfte** nach § 2 Abs. 2 EStG des Vorvorjahres (Jahr ) stellen sich nach dem **Einkommensteuerbescheid** wie folgt dar (Einkommensteuerbescheid bitte beifügen und **Jahresbeträge** eintragen!):

Art der Einkünfte	Antragsteller/in	Partner/in	Mutter	Vater
			Die Angaben zum Einkommen der Eltern sind nur bei <u>minderjährigen</u> antragstellenden Personen erforderlich!	
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 13 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§ 15 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit (§ 18 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (§ 19 EStG)	€	€	€	€
Für diese Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit werden folgende <b>Pflichtbeiträge</b> zur Sozialversicherung entrichtet:	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung
Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 20 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (§ 21 EStG)	€	€	€	€
sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG (ohne Renteneinkünfte)	€	€	€	€

#### 4.3 Renteneinkünfte des Vorvorjahres (§ 135 Abs. 1 Alternative 2 SGB IX)

Meine / Unsere **Renteneinkünfte** des Vorvorjahres (Jahr ) stellen sich nach der/den **beigefügten Rentenbezugsmitteilung/en bzw. dem/den Rentenbescheid/en** wie folgt dar (Rentenbezugsmitteilungen und / oder Rentenbescheide beifügen und **Jahresbeträge** eintragen!):

Renteneinkünfte ( <b>Bruttobeträge</b> ) aus	Antragsteller/in	Partner/in	Mutter	Vater
			Die Angaben zum Einkommen der Eltern sind nur bei <u>minderjährigen</u> antragstellenden Personen erforderlich!	
der gesetzlichen Rentenversicherung	€	€	€	€
der landwirtschaftlichen Alterskasse	€	€	€	€
der berufsständischen Versorgungseinrichtung	€	€	€	€
Rentenversicherungen zum Aufbau einer eigenen kapitalgedeckten Altersversorgung	€	€	€	€
Rentenversicherungen für eine Absicherung gegen den Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit	€	€	€	€
Altersvorsorgeverträgen	€	€	€	€
Pensionsfonds	€	€	€	€
Pensionskassen	€	€	€	€
Direktversicherungen	€	€	€	€

### 5. Erhebliche Änderungen des Einkommens gegenüber dem Vorvorjahr (§ 135 Abs. 2 SGB IX)

Wenn zum Zeitpunkt der Leistungsgewährung eine erhebliche Abweichung zu den Einkünften des Vorvorjahres besteht, sind gemäß § 135 Abs. 2 SGB IX die voraussichtlichen Jahreseinkünfte des laufenden Jahres zu ermitteln und zugrunde zu legen. Dies ist z. B. bei Arbeitslosigkeit, bei Rentenbeginn oder bei einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses von Vollzeit- in Teilzeitbeschäftigung, aber auch bei der erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung denkbar. Erheblich ist eine Änderung des Einkommens, wenn dieses sich im Vergleich zum Vorvorjahr um mehr als 15 % nach oben oder unten entwickelt hat. Bitte fügen Sie bei einer solchen erheblichen Änderung geeignete Nachweise zur Höhe der Einnahmen und der Werbungskosten bzw. zur Höhe der Betriebseinnahmen und der Betriebsausgaben des laufenden Jahres bei (z. B. Arbeitsvertrag, Entgeltbescheinigung, aktuelle Gewinn- und Verlustrechnung bzw. Einnahme/Überschussberechnung, Rentenbescheide und ähnliche Unterlagen).

Haben sich im Jahr der Antragstellung die Einkünfte bzw. die Renteneinkünfte **gegenüber dem Vorvorjahr** (vgl. Angaben zu Nr. 4.1 und 4.2) erheblich verändert?

nein  ja, und zwar weil und wie folgt (bitte die voraussichtlichen **Jahresbeträge** für das **laufende Kalenderjahr** angeben)

Begründung für die Änderung des Einkommens

Neue Höhe der geänderten Einkünfte	Antragsteller/in	Partner/in	Mutter	Vater
			Die Angaben zum Einkommen der Eltern sind nur bei <u>minderjährigen</u> antragstellenden Personen erforderlich!	
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 13 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§ 15 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit (§ 18 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 20 EStG)	€	€	€	€
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (§ 21 EStG)	€	€	€	€
sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG ( <b>ohne</b> Renteneinkünfte)	€	€	€	€
Renteneinkünfte (brutto)				
Art der Rente	€	€	€	€
Art der Rente	€	€	€	€

Bei den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit (§ 19 EStG) sind die voraussichtlichen Einnahmen (Bruttoeinnahmen, Sachbezüge usw.) und die voraussichtlichen Werbungskosten getrennt voneinander **als Jahresbeträge** zu beziffern.

Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (§ 19 EStG)	€	€	€	€
---	---	---	---	---

#### Werbungskosten im Zusammenhang mit den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit

Entfernungspauschale für ... km zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	<input type="text"/> km einfache Entfernung an <input type="text"/> Tagen je Woche	<input type="text"/> km einfache Entfernung an <input type="text"/> Tagen je Woche	<input type="text"/> km einfache Entfernung an <input type="text"/> Tagen je Woche	<input type="text"/> km einfache Entfernung an <input type="text"/> Tagen je Woche
Beiträge zu Berufsverbänden	€	€	€	€
Arbeitsmittel	€	€	€	€
Fortbildungskosten	€	€	€	€
Reisekosten für Auswärtstätigkeiten	€	€	€	€
Weitere Werbungskosten	€	€	€	€
Weitere Werbungskosten	€	€	€	€
Für diese Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit werden folgende <b>Pflichtbeiträge</b> zur Sozialversicherung entrichtet:	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung

## 6. Vermögen (§ 139 SGB IX)

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte mit einer gewissen Wertigkeit. Zum Vermögen gehören daher Geld- und Geldeswerte, sonstige Sachen und sonstige Rechte (z. B. Forderungen und Nutzungsrechte). Tragen Sie im Zweifel das vermeintliche Vermögen ein, damit die leistende Behörde entscheiden kann, ob es sich wirklich um Vermögen handelt (**auch Vermögen im Ausland**)! Angaben sind auch zu machen, wenn es sich um **gemeinschaftliches** Vermögen handelt. Geben Sie dann bitte den jeweiligen Anteil am Vermögen an.

Art des Vermögens	Antragsteller/in	Mutter	Vater
		Die Angaben zum Vermögen der Eltern sind nur bei <u>minderjährigen</u> antragstellenden Personen erforderlich!	
Bargeld	€	€	€
Guthaben auf Konten	€	€	€
IBAN			
Kreditinstitut			
Wertpapiere	Art der Wertpapiere	Art der Wertpapiere	Art der Wertpapiere
Kurswert	€	€	€
Nennwert	€	€	€
Ansprüche aus Kapitalversicherungen	Art der Versicherung, Versicherungsunternehmen	Art der Versicherung, Versicherungsunternehmen	Art der Versicherung, Versicherungsunternehmen
Versicherungssumme	€	€	€
aktueller Rückkaufwert	€	€	€
Grundstücke (Grundbuchauszüge beifügen)	Grundstücksbezeichnung (Lage, Flur, Flurstück)	Grundstücksbezeichnung (Lage, Flur, Flurstück)	Grundstücksbezeichnung (Lage, Flur, Flurstück)
Verkehrswert	€	€	€
aktuelle Nutzung			
Kraftfahrzeuge	€	€	€
Hersteller und Typ			
Baujahr			
sonstiges Vermögen	€	€	€
Art des Vermögens	genaue Bezeichnung	genaue Bezeichnung	genaue Bezeichnung
sonstiges Vermögen	€	€	€
Art des Vermögens	genaue Bezeichnung	genaue Bezeichnung	genaue Bezeichnung

Hat eine der unter 6. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld)?

nein  ja, und zwar wie folgt:

Name, Vorname des Schenkers

Name, Vorname, Anschrift des Beschenkten

Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)

## 7. Angaben für Versorgungsleistungen nach dem BVG oder entsprechend anwendbaren Gesetzen

Folgende Angehörige der antragstellenden Person sind durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst bzw. die antragstellende Person oder deren Angehörige haben aufgrund der Ursache der Behinderung Ansprüche nach versorgungsrechtlichen Vorschriften nach dem BVG, OEG, SVG, ZDG, BPolG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG oder AntiDHG:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsverhältnis	ggf. Sterbedatum und Sterbeort
Versorgungsbehörde, die Leistungen nach diesen Gesetzen erbringt	AZ. der Versorgungsbehörde (bitte Anerkennungs- oder Bewilligungsbescheid beifügen)
Name, Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsverhältnis	ggf. Sterbedatum und Sterbeort
Versorgungsbehörde, die Leistungen nach diesen Gesetzen erbringt	AZ. der Versorgungsbehörde (bitte Anerkennungs- oder Bewilligungsbescheid beifügen)

## 8. Wiederherstellung des Nachrangs der Eingliederungshilfe (§ 91 SGB IX)

### 8.1 Bestimmung der leistenden Rehabilitationsträger, vorrangige Sozialleistungen (§§ 14 ff. SGB IX, §§ 102 ff. SGB X)

Haben Sie für denselben Zweck bereits einen Antrag auf Erbringung von Leistungen der Rehabilitation bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellt oder haben Sie möglicherweise Ansprüche auf solche Leistungen, die bislang nicht von Ihnen geltend gemacht wurden?

Leistungen der	nein	ja	Ggf. Antragsdatum	Wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchen Aktenzeichen?
gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kriegsopferversorgung und -fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
öffentliche Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### 8.2 Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 141 SGB IX, §§ 115 und 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag auf Erbringung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution für denselben Zweck geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung, beamtenrechtliche Beihilfen)?  nein  ja, und zwar wie folgt:

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

Wurde bei Ihnen bereits das Bestehen einer Behinderung und/oder Minderung der Erwerbsfähigkeit festgestellt (§ 99 SGB IX)? Falls ja, fügen Sie bitte das entsprechende Gutachten bei.  nein  ja, und zwar wie folgt:

Art/Bezeichnung (Diagnose)	verursacht durch (z.B. Unfall)	am bzw. seit durch

Haben Sie oder Ihre Partnerin bzw. Ihr Partner Aufenthalts- oder Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt, aus denen sich ein Anspruch auf eine ausländische Rente oder Pension ergeben könnte?  nein  ja, und zwar wie folgt:

Aufenthalts-/Beschäftigungszeit im Ausland (Staat angeben)	von... bis... (Datum)	Art der Beschäftigung/Art der Rente, Pension o. ä.

### 8.3 Pflegebedarf (§ 103 SGB IX)

Beziehen Sie Pflegegeld, Kombinationsleistungen oder Pflegesachleistungen von der Pflegekasse?

nein  ja, und zwar für den Pflegegrad

Name der Pflegekasse	Höhe der monatlichen Leistung
	€

## 9. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 264 Abs. 2 SGB V)

Antragsteller/in		Partner/in	
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung (Bitte Versicherungsschein beifügen!) <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung (Bitte Beitragsbescheid beifügen!) <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Stammversicherten		Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung (Bitte Versicherungsschein beifügen!) <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung (Bitte Beitragsbescheid beilegen) <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Stammversicherten:	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
<input type="checkbox"/> Krankenversorgung durch den Träger der Sozialhilfe (§ 264 Abs. 2 SGB V – bitte Bescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> Krankenversorgung durch den Träger der Sozialhilfe (§ 264 Abs. 2 SGB V – bitte Bescheinigung beifügen)	
Träger der Sozialhilfe		Träger der Sozialhilfe	
Anschrift des Trägers der Sozialhilfe		Anschrift des Trägers der Sozialhilfe	
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich / bestimmen wir folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Eingliederungshilfe zu meiner / zu unserer Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich / bestimmen wir folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Eingliederungshilfe zu meiner / zu unserer Krankenkasse.	
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	

## 10. Aufenthaltsverhältnisse, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 98 SGB IX)

Haben Sie am 31.12.2019 Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel SGB XII bezogen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar
durch (Träger der Sozialhilfe angeben und letzten Bewilligungsbescheid beifügen)		von... bis...	
Haben Sie bereits in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX bezogen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar
durch (Träger der Eingliederungshilfe angeben und letzten Bewilligungsbescheid beifügen)		von... bis...	
In den zwei Monaten vor der Antragstellung habe ich mich unter der Adresse aufgehalten, die in der Nr. 1 angegeben ist <input type="checkbox"/> unter folgender Adresse bzw. Adressen aufgehalten.			
von... bis... unter Anschrift, PLZ, Wohnort			
von... bis... unter Anschrift, PLZ, Wohnort			
Benötigen Sie neben den Leistungen der Eingliederungshilfe auch Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (allgemeiner Lebensbedarf, Unterkunft, Heizung usw.)?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja, haben Sie diese bereits beantragt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar bei
Behörde angeben, bei der Sie die Leistungen beantragt haben			

## 11. Pauschale Geldleistungen (§§ 105 und 116 SGB IX) / Persönliches Budget (§§ 105 und 29 SGB IX)

Sollen Leistungen zur Sozialen Teilhabe als pauschale Geldleistung gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen eines persönlichen Budgets erbracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 12. Kontoverbindung

Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN	BIC	Name des Kreditinstituts
Kontoinhaber		

### 13 Antragsbegründung

(Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen - ggf. verwenden Sie ein gesondertes Blatt)

### 14. Hinweise und Schlusserklärungen

#### 14.1 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.

#### 14.2 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 einer/einem Mitarbeiter/in der Behörde des Trägers der Eingliederungshilfe 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 (z.B. durch Zu- oder Wegzug von unterhaltsberechtigten Kindern) anzeigen.

#### 14.3 Aushändigung von Merkblättern

Folgende Merkblätter wurden mir ausgehändigt:

Merkblatt über die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I

ja  nein

Merkblatt zum Anspruch auf Beratung und Unterstützung (§106 SGB IX)

ja  nein

Merkblatt zum Datenschutz

ja  nein

Weitere Merkblätter des Trägers der Eingliederungshilfe

ja  nein

#### 14.4 Hinweise zum Datenschutz

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

#### 14.5 Geltendmachung von Ansprüchen

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

#### 14.6 Unterschrift(en)

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

Ort, Datum

Antragsteller/in oder Vertreter/in

Partner/in oder Vertreter/in

#### 14.7 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 Vertreter/in

Partner/in oder Vertreter/in

#### 14.8 Anwesenheit eines Dolmetschers für barrierefreie Kommunikation oder Fremdsprachen

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

Name, Vorname des Dolmetschers

Die Übersetzung erfolgt mittels Kommunikationsweg (z. B. Gebärdensprachdolmetschers) oder Sprache eintragen

Unterschrift des Dolmetschers

#### 14.9 Stellungnahme der Stadt / Gemeinde

Vorstehende Angaben bzw. Unterlagen sind  vollständig  nicht vollständig (Erläuterungen auf Beiblatt)

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

Anlage/n an die Stadt- / (Land-)Kreisverwaltung