



Landratsamt
Amt für Familie, Kinder und Jugend
Bahnhofstraße 100
78532 Tuttlingen

Bitte senden Sie uns den Antrag
unterschrieben zurück.

Eingangsdatum

ausgegeben am

ANTRAG AUF EINGLIEDERUNGSHILFE nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Form der Hilfemaßnahme	
Begründung	

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für die beantragte Hilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem SGB XII und zur Hilfe-/Gesamtplanung benötigt. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67b Abs I SGB X.

Wir weisen darauf hin, dass Sie bzw. der/die von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung zur Mitwirkung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen und vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Die Mitwirkung ergibt sich aus § 60 SGB I. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60, 66 SGB I).

1. Angaben zum Antragsteller

Name	
Wohnanschrift	
Zuzug am / von	
tatsächlicher Aufenthaltsort in den letzten zwei Monaten	
Geburtsdatum / Geburtsort	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit / Aufenthaltsstatus	
Schwerbehinderung, GdB	
Merkzeichen	
Schwerbehindertenausweis seit	

2. Gesetzlicher Betreuer

Name	
Anschrift	
Telefon, Fax, Email	
Bestellung (Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)	
Der Wirkungskreis umfasst	<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden <input type="checkbox"/> Anhalten und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Beantragen von Sozialleistungen

3. Generalvollmacht

Name	
Anschrift	
Telefon, Fax, Email	
Bevollmächtigung ab (Bitte Kopie der Generalvollmacht beifügen)	

4. Vormund

Name	
Anschrift	
Telefon, Fax, Email	
Beschluss Familiengericht (Bitte Kopie beifügen)	

5. Familienmitglieder und Unterhaltspflichtige im Haushalt

Familienmitglieder, z.B. Kinder, Ehegatten, Eltern, Großeltern und **Unterhaltspflichtige**, z.B. geschiedene Ehegatten, Lebenspartner, die **im Haushalt** mit dem Leistungsberechtigten leben

Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	
Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	
Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	
Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	

6. Familienmitglieder und Unterhaltspflichtige nicht im Haushalt

Familienmitglieder, z.B. Kinder, Ehegatten, Eltern, Großeltern und **Unterhaltspflichtige**, z.B. geschiedene Ehegatten, Lebenspartner, die **nicht im Haushalt** mit dem Leistungsberechtigten leben

Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	
Adresse	
Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	
Adresse	
Name, Geburtsdatum	
Verwandtschaftsverhältnis	
Adresse	

7. Schule, Arbeit

Welche Schule haben Sie besucht?	
Welche Schulabschlüsse haben Sie?	
Welche Ausbildungsabschlüsse haben Sie erlangt?	
Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?	
Liegt eine Erwerbsminderung oder eine Erwebsunfähigkeit vor?	
Welche Interessen oder Hobbys haben Sie?	

8. Krankenversicherung, Pflegeversicherung

Wo sind Sie krankenversichert / pflegeversichert?	
Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welche?	
Welche Pflegeleistungen erhalten Sie? z.B. Sachleistungen, Geldleistungen, Kombinationen, zusätzliche Betreuungsleistung	
Welche Pflegedienste sind bei Ihnen tätig?	

9. Früher beanspruchte Leistungen

Welche teilstationären, stationären und sonstigen Eingliederungshilfeleistungen haben Sie früher in Anspruch genommen?	
--	--

10. Ihre Bankverbindung

Bank	
Kontonummer	
IBAN	
Bankleitzahl	
BIC	

Erklärung

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher und unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Ersatzansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Rente, Arbeitslosengeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder eine Arbeitsaufnahme unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person / des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters

Prüfvermerk der Wohnsitzgemeinde

Hiermit bestätigen wir, dass

Herr/Frau

seine Meldeanschrift in unserer Stadt / Gemeinde seit

hat.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel