

Eingliederungshilfegrundantrag zur Beantragung von Leistungen gem. §§ 90, 99, 102 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes:

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden auf Grund der §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erhoben.

1. Angaben zu den in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

| | Leistungsberechtigter Hilfempänger | Sorgeberechtigter / Ehepartner | Sorgeberechtigter |
|--|--|--|--|
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geschlecht | weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> | weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> | weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> |
| Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen) | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Geburtsort | | | |
| Pflegekind | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Pflegefamilie: | | |
| Anschrift: Strasse, Haus-Nr. | | | |
| Postleitzahl, Ort | | | |
| wohnhaft seit Vorheriger Wohnort | | | |
| Telefonnummer | | | |
| E-Mail | | | |
| Familienstand | ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____ | ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____ | ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____ |
| Staatsangehörigkeit | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| <u>Angabe zwingend erforderlich.</u> | Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/ Aufenthaltstitels beifügen | Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/ Aufenthaltstitels beifügen | Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/ Aufenthaltstitels beifügen |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Name gesetzlicher Betreuer / Vormund (Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) | | | |
| Anschrift, Telefon, Mail | | | |

2. Angaben zu weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geschlecht | weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> | divers <input type="checkbox"/> |
| Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen) | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Geburtsort | | | |
| Staatsangehörigkeit Angabe erforderlich/ Aufenthaltsstatus | | | |

3. Allgemeine Angaben zum Hilfesuchenden

| | |
|------------------------------------|---|
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- /familienversichert. Name der Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. Name der Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Pflegegrad | Ein Pflegegrad wird/wurde beantragt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Es besteht kein Anspruch auf einen Pflegegrad. Ein Pflegegrad liegt vor: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Ansprüche gegenüber Dritten | ▶ Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ▶ Es werden ähnliche Leistungen (z.B. Frühförderung) bereits über einen anderen Leistungsträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung) bezogen. <input type="checkbox"/> ja folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|--|--|
| Asylbewerber | Der/die Leistungsberechtigte erhält Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Der/die Sorgeberechtigten erhält/en Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Art der (drohenden) Behinderung | Welche Einschränkungen liegen vor? _____ _____ _____ Wurde/n schon eine/mehrere Behinderung/en festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch In welchen Bereichen muss unterstützt werden? _____ _____ _____ ► Bitte vorhandene medizinische Gutachten, Stellungnahmen und Arztberichte beifügen. |

4. Folgende Leistung / Hilfe wird beantragt:

Begleitungen:

Schulbegleitung
 Begleitung in der OGATA / OGS (während der verpflichtenden Schulzeit)
 (Wege-) Begleitung Schule / offener Anfang (Kann auch eine Begleitung im Bus oder Taxi beinhalten)

geplanter Schulabschluss: _____

Name der Schule: _____

Freizeitbegleitung
 Ferien-Freizeitbegleitung (z.B. auch in der OGS)

Fördermaßnahmen:

Autismustherapie
 heilpädagogische Förderung
 geplante Einschulung: _____

Name Praxis/Therapiezentrum: _____

Ort für die Durchführung der Therapie/Förderung: _____

sonstige Hilfeleistungen:

Baumaßnahme
 Hilfsmittel
 Sonstiges

Beschreibung: _____

Die beantragte Leistung wurde bereits bei einer anderen Stelle (z.B. Krankenkasse, Landschaftsverband Rheinland etc.) beantragt.

ja nein

Wenn ja, wo: _____ Aktenzeichen: _____

Bisherige Leistungen

Angabe zwingend erforderlich.

Wurden in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Leistungsträger (z.B. Sozialamt, Jugendamt, Landschaftsverband Rheinland) bezogen?

ja nein

Wenn ja, welche:

Wer hat die Leistung/en bewilligt/bezahlt:

Für den Zeitraum: bis

Handelt es sich um einen Folgeantrag?

ja nein

Wenn ja, für welche Leistung:

▶ **Bitte die zuständige Stelle mit Aktenzeichen angeben.**

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs.1 Nr.1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens,- Vermögens,- Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit (z.B. Krankenhausaufenthalte)), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs.1 Nr.2 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Datum

Leistungsberechtigter, Sorgeberechtigte oder gesetzlichen Vertreter

Sorgeberechtigte/Ehepartner

aufgenommen durch