

Kreis Mettmann
 Amt für Menschen mit Behinderung
 Schwarzbachstr. 10
 40822 Mettmann

Sozialhilfegrundantrag zur Beantragung von Leistungen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53, 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

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	Erziehungsberechtigter / Ehepartner	Erziehungsberechtigter
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Anschrift: Strasse, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Staatsangehörigkeit Bei EU-Ausländern: Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU-Staat/oder gleich- gestellt <input type="checkbox"/> andere ist: Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU-Staat/oder gleich- gestellt <input type="checkbox"/> andere ist:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU-Staat/oder gleich- gestellt <input type="checkbox"/> andere ist:
Name gesetzlicher Be- treuer / Vormund Bitte Kopie der Bestel- lungsurkunde beifügen			
Anschrift, Telefon, Mail			

2. Angaben zu weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit Bei EU-Ausländern: Aufenthaltsstatus			

3. Allgemeine Angaben zum Hilfesuchenden

Krankenversicherung

Ich bin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- /familienversichert.

Name der Krankenkasse:

Sitz der Krankenkasse:

Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert.

Name der Krankenkasse:

Sitz der Krankenkasse:

Ich bin nicht versichert.

Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V.

ja nein

Pflegegrad

Ein Pflegegrad wird/wurde beantragt. ja nein

Es besteht kein Anspruch auf einen Pflegegrad.

Folgender Pflegegrad liegt vor: 1 2 3 4 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.

ja nein

Es werden ähnliche Leistungen (z.B. Frühförderung) bereits über einen anderen Leistungsträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung) bezogen.

nein ja folgende:

Art der Behinderung

körperlich geistig seelisch

Aufgrund der Behinderung besteht folgender Unterstützungsbedarf:

Folgende pflegerische/medizinische Unterstützung ist erforderlich:

Medikamentengabe Anreichen der Nahrung Hilfe bei Toilettengang
 sonstiges:

Eine Krankenbeobachtung ist notwendig ja nein

4. Art der Hilfeleistung die beantragt wird

Begleitungen

Kindergartenbegleitung Schulbegleitung
 Begleitung in der OGATA / OGS Wegebegleitung Schule / offener Anfang

geplante Einschulung:

Name Kindergarten/Schule:

Freizeitbegleitung

Fördermaßnahmen

Autismustherapie heilpädagogische Förderung Elterngespräch/Kooperationsgespräch

geplante Einschulung:

Name Praxis/Therapiezentrum:

Ort für die Durchführung der Therapie/Förderung:

sonstige Hilfeleistungen

Baumaßnahme Hilfsmittel Sonstiges
 Betreutes Wohnen über 65 Jahre Tagesstättenbetreuung über 65 Jahre

Beschreibung:

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

ja nein

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden 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 oder gesetzlicher Vertreter	Ehepartner	aufgenommen durch
-------	---	------------	-------------------