

Antrag auf Gewährung von

- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
 Kriegsoferfürsorge/Opferentschädigung

Eingangsstempel

Nähere Angaben zur Art der beantragten Hilfe:

Aktenzeichen:

1. Persönliche Verhältnisse			
	Antragssteller	Vater bei Minderjährigen	Mutter bei Minderjährigen
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			
Postleitzahl, Wohnort			
Straße, Hausnummer			
Staatsangehörigkeit <small>ggfls. Aufenthaltserlaubnis beifügen</small>	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> gesch. seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> gesch. seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> gesch. seit _____
Betreuer/ Bevollmächtigter <small>ggfls. Nachweis beifügen</small>	Name:		
	Anschrift:		
Krankenversicherung			
Versichertennummer			
Lebt der Antragssteller aktuell in einer Einrichtung oder besonderen Wohnform?	<input type="checkbox"/> ja: _____ <input type="checkbox"/> nein		

2. Aufenthaltsverhältnisse des Antragsstellers in den letzten zwei Monaten vor Antragsstellung, Heimaufnahme bzw. Aufnahme in eine Pflegefamilie			
Aufenthaltsort	vom	bis	Besondere Wohnform/ Einrichtung
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Bei Antrag auf Übernahme der Kosten für eine besondere Wohnform:	
Der Antragssteller beantragt gleichzeitig formlos Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und bittet um Übersendung der Antragsunterlagen.	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Hat der Antragssteller in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung bezogen?

ja

Leistungsträger (Behörde): _____

Zeitraum: _____

Art der Leistung: _____

nein

5. Weitere Ansprüche des Antragsstellers

Soweit möglich bitte alle Angaben mit Nachweisen belegen.

- Ist der Gesundheitsschaden durch ein entschädigungspflichtiges Ereignis entstanden? ja nein
nämlich
 - Impfschaden
 - Unfall
 - Gewaltverbrechen
 - sonstige Straftat
 - ärztliche Behandlungsfehler
- Bestehen Ansprüche als Kriegsbeschädigter/-hinterbliebener? ja nein
- Bestehen Ansprüche aus dem Opferentschädigungsgesetz ja nein
- Bestehen Ansprüche aus dem Soldatenversorgungsgesetz ja nein
- Besteht ein Beihilfeanspruch? ja nein
- Ansprüche aus der Pflegeversicherung (bitte auch MDK-Gutachten beifügen) ja nein
Pflegegrad 1 2 3 4 5
- Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein
Grad der Behinderung: _____
Merkzeichen: _____
Gültig bis: _____
- Bestehen oder bestanden Erbansprüche? ja nein
- Bestehen Ansprüche aus Nießbrauchs-, Wohnrechts- oder Pflegeverpflichtungsverträgen? ja nein
- Bestehen sonstige Ansprüche? ja nein

Erklärung und datenschutzrechtlicher Hinweis

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag (einschließlich der Anlagen) der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere die Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als einen Monat dauernde Abwesenheit z.B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bestätige, das beiliegende Merkblatt (Anlage 3) zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum

Unterschrift des Antragsstellers bzw. des
ges. Vertreters

Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse

Name, Vorname des Antragsstellers

--

Einkommen des Antragsstellers

Wichtiger Hinweis

Grundsätzlich sind bei der Berechnung eines Beitrages aus dem Einkommen die Einkünfte aus dem Vorvorjahr, also dem **Jahr 2018** maßgeblich (§ 135 Abs. 1 SGB IX). Sofern jedoch das aktuelle Einkommen erheblich gegenüber dem des Vorjahres abweicht (z.B. aufgrund des Eintritts einer Behinderung, Erkrankung oder Arbeitslosigkeit, einer Verminderung der wöchentlichen Arbeitszeit oder Renteneintritt), sind die voraussichtlichen Jahreseinkünfte des laufenden Jahres 2020 zu berücksichtigen.

Im Falle einer erheblichen Abweichung bitten wir zusätzlich um Vorlage von Kopien aktueller Einkommensnachweise.

1. Liegt der Einkommenssteuerbescheid für das Jahr 2018 vor?

ja

➤ Bitte Bescheid beifügen und Angaben zu etwaigen Renten machen (Frage 2). Fragen 3-6 sind nicht zu beantworten.

nein

➤ Bitte die Fragen 2-6 beantworten

2. Renten (Bitte alle Rentenanpassungsmitteilungen aus dem Jahr 2018 beifügen)

ja nein

Art der Rente	Summe der Einkünfte im Jahr 2018
<input type="checkbox"/> Altersrente	
<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung	
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	
<input type="checkbox"/> Unfallrente	
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	
<input type="checkbox"/> Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz bzw. Opferentschädigungsrente	
<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Altersgeld	
<input type="checkbox"/> Renten nach dem Lastenausgleichsgesetz	
<input type="checkbox"/> sonstige Rente: _____	

3. Einkommen aus nicht selbstständiger Erwerbstätigkeit

ja nein

Bitte alle Lohnabrechnungen aus dem Jahr 2018 sowie Nachweise zu den Einnahmen in Geldeswert und den Werbungskosten beifügen.

Art des Einkommens	Summe der Einkünfte im Jahr 2018
<input type="checkbox"/> Erwerbseinkünfte (Einnahmen in Geld)	
<input type="checkbox"/> Einnahmen in Geldeswert (z.B. Wohnung, Kost, Waren, privat genutzte Dienstwagen, Dienstleistungen und sonstige Sachbezüge)	
Werbungskosten nach § 9 EStG	Höhe der Werbungskosten im Jahr 2018
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

4. Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit, Land- und Forstwirtschaft oder Gewerbebetrieben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art der selbstständigen Tätigkeit	Gewinn im Jahr 2018
<input type="checkbox"/>	

5. Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bitte Nachweise zu den Einkommen und den Werbungskosten des Jahres 2018 beifügen.	
Art des Einkommens	Summe der Einkünfte im Jahr 2018
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Werbungskosten nach § 9 EStG	Höhe der Werbungskosten im Jahr 2018
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

6. sonstige Sozialleistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bitte <u>aktuelle</u> Bescheide beifügen.	
Art des Einkommens	Aktuelle monatliche Höhe
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach dem SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)	
<input type="checkbox"/> Leistungen des Jobcenters nach dem SGB II	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III	
<input type="checkbox"/> Wohngeld nach dem WoG	
<input type="checkbox"/> Krankengeld nach dem SGB V	

Vermögen des Antragsstellers

Bitte alle Angaben mit Nachweisen belegen.

1. Girokonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bitte Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen.		
Kreditinstitut	IBAN	Kontostand

2. Sparbücher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bitte Kopien über den Zeitraum der letzten zehn Jahre beifügen.		
Kreditinstitut	IBAN	Kontostand

3. Barvermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bargeldbestand	
Taschengeldkonto in der Einrichtung	

4. sonstiges Vermögen (kapitalbildende Versicherungen, Sterbegeldversicherungen, Wertpapiere, Forderungen, Kraftfahrzeuge, wertvoller Hausrat usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bitte Nachweise zum derzeitigen Wert bzw. Rückkaufswert beifügen.	
Art	Höhe

5. Haus- und Grundbesitz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Soweit vorhanden, bitte Nachweise zum aktuellen Verkaufswert beifügen.		
Art	Lage (Adresse/Flur)	Wert

6. Früheres Vermögen	
In den letzten 10 Jahren wurde Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art:	<input type="checkbox"/> Veräußerung <input type="checkbox"/> Übertragung <input type="checkbox"/> Schenkung
Zeitpunkt, Höhe, Anlass, Empfänger:	

_____ Datum

_____ Unterschrift

Bankauskunftsermächtigung

Name, Vorname des Antragsstellers

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die Geldinstitute bzw. die Anstalten und Versicherungen unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Träger der Eingliederungshilfe weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen innerhalb der letzten Jahre zu geben.

Des Weiteren akzeptiere ich, dass der Träger der Eingliederungshilfe Anfragen stellen kann, ob weitere Konten und Depots bei Kreditinstituten, auch nicht Genannten, bestehen und das entsprechende Geldinstitut bzw. die Anstalt unter Befreiung vom Bankgeheimnis die erforderlichen Auskünfte erteilen kann.

Ich erkläre, dass zu keinen weiteren, als den umseitig genannten Bank-, Kredit- und Versicherungsinstituten Geschäftsverbindungen bestehen und akzeptiere eine Nachprüfung meiner Angaben durch den Träger der Eingliederungshilfe.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Zustimmung zum Datenaustausch und zur Datenübermittlung

Name, Vorname des Antragsstellers

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

1. Entbindung von der SchweigepflichtVorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) hat sich der zuständige Träger der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung über Art und Umfang der Beeinträchtigung und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Personen, die diesem Träger solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal der Einrichtung, sofern diese mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befasst sind.

Der Leistungsberechtigte hat nach § 60 ff Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) solche, für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, kann unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I die Sozialleistung versagt bzw. entzogen werden.

Erklärung des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Pflegedokumentationen, Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Leistungsberechtigte befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den genannten Personen abgegeben werden dürfen.

Das gilt ebenso für Berichte / personenbezogene Daten / Gutachten sonstiger Personen, insbesondere:

- a) der Pflegekasse (Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen)
- b) dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist
- c) sonstigen Ärzten / medizinischen Diensten

Bei Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und die Feststellung des Umfangs/der Auswirkung der Beeinträchtigung bzw. der Behinderung. Der zuständige Träger der Eingliederungshilfe ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben befugt.

2. Datenschutz

Sollten sonstige Rückfragen bei anderen Stellen, insbesondere bei Jugendämtern, sowie Arbeitgebern, Rentenversicherung oder sonstigen Körperschaften des öffentlichen und privaten Rechts notwendig sein, so werden diese ebenfalls von der Schweigepflicht im Rahmen des Datenschutzes entbunden.

Ich stimme außerdem zu, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Gesamtplan- bzw. Teilhabepflanverfahren folgende Stellen beteiligen und informieren kann (unzutreffendes bitte streichen):

- Träger der Grundsicherung / der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
- Träger der Kriegsopferfürsorge/-versorgung
- Jobcenter
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
- gesetzliche/ private Pflegeversicherung
- gesetzliche/ private Krankenversicherung
- Träger der Rentenversicherung
- Integrationsamt
- Jugendamt
- Sozialpsychiatrischer Dienst / Psychiatriekoordination / Gemeindepsychiatrischer Dienst
- Schwerbehindertenvertretung
- Arbeitgeber
- Kindertagesstätte/ Schule/ andere Bildungsstätte
- Leistungserbringer
- sonstige Beteiligte:

Ich bin darüber informiert worden, dass meine Einwilligung eine zumutbare Mitwirkungshandlung zur Erlangung einer Sozialleistung im Sinne des § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I sein kann. Eine fehlende Zustimmung kann dazu führen, dass ggfs. Leistungen anderer Stellen nicht ausgeschöpft werden können. Diese Leistungen können nicht durch die Eingliederungshilfe kompensiert werden.

Datum

Unterschrift

Merkblatt zur Antragsstellung und Hinweise zu den Mitwirkungspflichten

1. Mitwirkungspflichten des Hilfesuchenden

Damit der Sozialleistungsträger über den Antrag entscheiden kann, ist er auf die Mitwirkung des Antragstellers angewiesen.

Die Mitwirkungspflichten ergeben sich im Einzelnen aus § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Hierzu gehört u. a., alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind.

Darüber hinaus hat der Antragsteller auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen, oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen ihm gesetzlich obliegenden Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Sozialleistungsträger die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§ 66 SGB I).

2. Einsatz von Einkommen und Vermögen

Grundsätzlich ist zu den Aufwendungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ein Beitrag aus dem Einkommen und Vermögen zu leisten. Gemäß § 92 SGB IX i.V.m. §§ 135 ff. SGB IX ist die leistungsberechtigte Person verpflichtet, eigenes, anrechenbares Einkommen für die Hilfe einzusetzen. Insbesondere weisen wir auch darauf hin, dass gemäß §§ 139, 140 SGB IX Vermögen einzusetzen ist, soweit dieses den Vermögensfreibetrag in Höhe von derzeit 57.330,00 EUR übersteigt.

Ausnahmen hiervon stellen u. a. folgende Leistungen dar (§ 138 Abs. 1 SGB IX):

- heilpädagogische Leistungen
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf, soweit diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen erbracht werden,
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse, soweit diese der Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben dienen
- Leistungen, die noch nicht eingeschulten leistungsberechtigten Personen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen sollen

3. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Nach § 32 SGB IX können Menschen mit Behinderung eine unabhängige ergänzende Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX in Anspruch nehmen.

Diese Aufgabe wird im Landkreis Mayen-Koblenz durch den Verein „Der Kreis - Club Behinderter und ihrer Freunde“ wahrgenommen.

Kontaktdaten:

Stegemannstr. 5-7, 56068 Koblenz, Telefon: 0261-20078830

Datum

Unterschrift