

Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald
 Fachbereich Aktive Teilhabe und Pflege
 Stadtstraße 2
 79104 Freiburg im Breisgau



Aktenzeichen/Ansprechpartner_in (falls bekannt) _____

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

1. Personendaten

| | |
|---|---|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum und -ort | |
| Anschrift (Straße mit Hausnummer, Postleitzahl Wohnort) | |
| Telefonnummer/ E-Mail-Adresse | |
| Staatsangehörigkeit | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige _____ Art des Aufenthaltstitels (Nachweis beilegen): _____ gültig bis _____ |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden |
| Schwerbehindertenausweis (Nachweis beilegen) | <input type="checkbox"/> Ja, Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____ gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Nein |

| | |
|---------------------|---|
| Art der Behinderung | <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> Sucht <input type="checkbox"/> nicht bekannt/ keine Angabe |
|---------------------|---|

2. Die letzten zwei Wohn- und Aufenthaltsorte (muss nicht unbedingt mit der behördlichen Meldeadresse übereinstimmen)

Handelt es sich hierbei um einen stationären Aufenthalt (z.B. besondere Wohnform, Krankenhaus, Justizvollzugsanstalt)? → bitte im Bemerkungsfeld vermerken

| Ort | von | bis | Bemerkung |
|-----|-----|-----|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Gesetzliche_r Betreuer_in/ Bevollmächtigte_r (Bitte Nachweis beifügen)

| | |
|---|--|
| Name, Vorname | |
| Anschrift (Straße mit Hausnummer, Postleitzahl Wohnort) | |
| Telefonnummer / E-Mail- Adresse | |

4. Bisheriger Leistungsanspruch Eingliederungshilfe

| | |
|--|---|
| Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten oder beantragt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von folgendem Träger der Eingliederungshilfe: _____ _____ |
| Erhalten Sie Leistungen anderer Rehabilitationsträger (z. B. Agentur für Arbeit, Jugendhilfe)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ _____ _____ |

5. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

| | |
|--|---|
| Beziehen Sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)? (Nachweis beilegen) | <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Behörde: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein |
|--|---|

6. Vorrangige Leistungen

| | |
|---|---|
| Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen? (z. B. Impfschaden, Unfall etc.) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in welcher Form: _____ _____ |
| Bestehen Schadenersatzansprüche (z.B. Berufsgenossenschaft, Unfallkasse, Versicherungen)? | <input type="checkbox"/> Ja, ggf. gegen wen: _____ <input type="checkbox"/> Nein |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz (z.B. Soziales Entschädigungsgesetz) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

7. Kranken- und Pflegeversicherung/ Beihilfe

| | |
|---|--|
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Ja, Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat Versicherungsnummer: _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt |
| Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung? | <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Geld- und Sachleistung) |
| Sind Sie beihilfeberechtigt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____ Bemessungssatz: _____ % |

8. Welche Unterstützung benötigen Sie?

| | |
|---|--|
| | |
| Bestand bereits Kontakt zu einem Leistungserbringer/ Dienstleister? Falls ja, zu welchem? | |

Beratung

Wenn Sie Fragen haben, eine Beratung wünschen oder Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ansprechstelle der Eingliederungshilfe
 Stadtstraße 2
 79104 Freiburg im Breisgau

0761 2187-2950
 ansprechstelle-teilhabe@lkbh.de

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 SGB IX

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

Des Weiteren können Sie Beratung und Unterstützung von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und von Angehörigen der rechtsberatenden Berufe, z.B. Rechtsanwälte und von sonstigen Stellen einholen.

Persönliches Budget

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX in Anspruch genommen werden können.

Bitte beachten Sie hierbei: Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung der Eingliederungshilfe, sondern nur eine bestimmte Form der Leistungserbringung.

Allgemeine Hinweise und Mitwirkungspflichten

Auf Ihre Mitwirkungspflicht nach § 60 des Sozialgesetzbuches Erster Teil (SGB I) weisen wir ausdrücklich hin. Hiernach hat jeder, der Leistungen der Eingliederungshilfe

nach dem SGB IX beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Er hat ferner Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen. Er hat Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

Hinweis zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG). Rechtsgrundlage für die Erhebung sind Artikel 6 Abs. 1e DS-GVO i.V.m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Sie ist zulässig, da sie zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich ist.

Weitere Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter www.lkbh.de/datenschutz

Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich durch dieses Antragsformular auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen hingewiesen wurde. Ich wurde auf meine Mitwirkungsverpflichtung nach den Sozialgesetzbüchern, insbesondere nach dem SGB IX sowie über die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung gem. § 66 SGB I belehrt. Ich verpflichte mich hierdurch, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **ohne Aufforderung, unverzüglich und vollständig mitzuteilen**.

Ort und Datum

Antragsteller_in

Ort und Datum

Ggf. Unterschrift Betreuer_in/
Bevollmächtigte_r