

Zurück an:

Landkreis Aurich  
Sozialamt  
Fräuleinshof 3  
26506 Norden

Antrag eingegangen am:

(Eingangsstempel)

Antrag ausgehändigt:

(Namenszeichen)

V.1.23052022

### Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Neuantrag     Folgeantrag

ab dem: \_\_\_\_\_

#### I) Beantragte Leistung\*

##### Schule

Tagesbildungsstätte

Schulbegleitung

##### Soziale Teilhabe/Assistenzleistung

Assistenzleistung

in dem eigenen Haushalt

in einer besonderen Wohnform (Wohnheim)

Tagesförderstätte

Tagesstätte

##### Teilhabe am Arbeitsleben

Werkstatt für behinderte Menschen

Budget für Arbeit

##### Sonstige Hilfen

Hilfsmittel:

Sonstiges:

##### Anbieter

Ich wünsche die Leistungserbringung durch folgenden Anbieter:

Ich wünsche die Leistungserbringung als persönliches Budget

nein     ja

\* durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben

#### II) Grundangaben

Name, Vorname (Antragsteller/in)

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich     weiblich     trans/inter

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Geburtsort und Staatsangehörigkeit\*

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Krankenkasse (mit Anschrift und Versicherungsnummer)

Gesetzliche/r Betreuer/in (mit Anschrift)\*\*

\*Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

\*\* Betreuerausweis beifügen

II a) Bei Minderjährigen	
Mutter: _____ geb. am: _____ Anschrift:  Vater: _____ geb. am: _____ Anschrift:	Ggf. Pflegeeltern, Vormund/in*, Erziehungsberechtigter Name: _____  Anschrift:

\* Bevollmächtigung beifügen

II b) Bei Volljährigen	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Falls getrennt lebend oder geschieden Werden Sie durch einen Rechtsanwalt vertreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welcher Rechtsanwalt vertritt Sie? (mit Anschrift)
Bestehen bereits Unterhaltsregelungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*

\* Nachweise oder Unterhaltstitel beifügen

III) Schwerbehinderung	
Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____*
Schwerbehinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> EB (entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> VB (versorgungsberechtigt) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> 1. Klasse <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)

\* Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

IV) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)	
Einstufung	<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____ <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Beginn der Anerkennung: _____ Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen): _____  Erhalten Sie den Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wofür nutzen Sie den Entlastungsbetrag? _____

<b>V) Beihilfeansprüche</b>	
Bestehen Beihilfeansprüche?*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Berechtigter: _____ Anschrift der Beihilfestelle: _____ _____ _____ Aktenzeichen: _____

\*Nachweise beifügen

<b>VI) Antragsbegründung</b>
Welche genauen Hilfen benötigen Sie und was sind die Gründe für die benötigten Hilfen?
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Haben Sie bereits in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wann: _____  von wem: _____
Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat, Unfall, Impfschaden, mangelnde ärztliche Behandlung) zurück? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Sofern Sie aus persönlichen Gründen nicht in der Lage sind, persönliche Angaben zu erteilen, benennen Sie bitte folgend eine ausgewählte Vertrauensperson, die dem Sozialamt bezüglich des Antrages Auskünfte erteilen darf. Eine Vertrauensperson kann auch auf Ihren eigenen Wunsch am Verfahren beteiligt werden.
Name, Vorname (Vertrauensperson): _____
Adresse (Vertrauensperson): _____
Ggf. Telefonnummer (Vertrauensperson): _____

**Hinweise:**

Sofern Sie einen Termin zu einem Beratungsgespräch erhalten, bringen Sie diesen Kurzantrag bitte ausgefüllt und, soweit vorhanden, weitere medizinische Unterlagen mit.

### **Mitwirkungspflicht**

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I - SGBI -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z.B. Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

### **Datenschutz**

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgen aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) und der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und der Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Auf die beigefügte Schweigepflichtentbindung, die Bestandteil dieses Antrages ist, weise ich hiermit hin.

### **Überleitung von Ansprüchen**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

### **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)**

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung ist eine vom Leistungserbringer und Kostenträger unabhängige Stelle, die für alle Antragsteller und Hilfesuchenden bereitsteht und umfangreiche Beratung anbietet.

### **Unabhängige Teilhabeberatung für elk un een e.V.**

Standorte:	<b>Standort Aurich</b> Jahnstraße 2 26603 Aurich	<b>Standort Ihlow</b> Alte Wieke 4 26632 Ihlow
	<b>Standort Pewsum</b> Schatthausstraße 31 26736 Pewsum	<b>Standort Norden</b> Schulstraße 71 26506 Norden
	<b>Standort Großefehn</b> Kanalstraße Süd 54 26629 Großefehn	<b>Standort Emden</b> Osterbutvenne 4 26721 Emden
Telefonnummer:	04921 9067300	
Handy:	0172 1386429	
E-Mail:	info@teilhabeberatung-ostfriesland.de	
Web:	www.teilhabeberatung-ostfriesland.de	

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in