

Antrag auf Gewährung von

- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
 Kriegsoferfürsorge/Opferentschädigung

Eingangsstempel

Nähere Angaben zur Art der beantragten Hilfe:

Aktenzeichen:

1. Persönliche Verhältnisse				
	Antragssteller	Ehegatte/ Lebenspartner	Vater bei Minderjährigen	Mutter bei Minderjährigen
Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Telefonnummer				
Postleitzahl, Wohnort				
Straße, Hausnummer				
Staatsangehörigkeit <small>ggf. 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>ggf. Nachweis beifügen</small>	Name:			
	Anschrift:			
Krankenversicherung				
Versichertennummer				

2. Haushaltsangehörige (außer den unter Ziffer 1 genannten Personen)			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragssteller	monatliches Nettoeinkommen

3. Angehörige außerhalb des Haushaltes (Eltern, Kinder, ehemalige Ehegatten/Lebenspartner)			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragssteller	Anschrift

4. Kosten der Unterkunft (Wohnverhältnisse)

Der Antragssteller wohnt

- im eigenen Haus/Eigentumswohnung
 zur Miete
 mietfrei
 in einer Einrichtung

Weitere Angaben zu den Kosten der Unterkunft unter Anlage 1 „Wirtschaftliche Belastungen“

5. Einkünfte

Alle Angaben bitte mit Nachweisen belegen. Einkommen bitte pro Monat in Euro angeben.

	Antragssteller	Ehegatte/ Lebens- gefährte	Vater (bei Minderjähri- gen)	Mutter (bei Minderjährigen)	Bemerkungen
Einkünfte aus nichtselbst- ständiger Tätigkeit					
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (z.B. Gewerbe, Handel)					
Einkünfte aus Kapitalver- mögen					
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung					
Unterhaltszahlungen					
Leistungen der Bunde- sagentur für Arbeit					
Leistungen des Jobcenters					
Wohngeld					
Sozialhilfe z.B. Grundsicherung, HLU					
Kindergeld					
Renten aus der Sozialver- sicherung <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Rente wgn. Erwerbs- minderung <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente					
Berufsunfähigkeitsrente					
Betriebsrente/Pension					
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> Grundrente (für Kriegsbeschädigte o- der Hinterbliebene) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungs- rente					
Landwirtschaftliches Altersgeld					
Lastenausgleich					
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)					
Leistungen der Pflegekasse (z.B. Pflegegeld)					
sonstiges Einkommen					

6. Vermögen

Angaben zum Vermögen siehe Anlage 2.

7. 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)
Pflegegrad 1 2 3 4 5 ja nein
- Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein
Grad der Behinderung: _____
Merkzeichen: _____
Gültig bis: _____
- Bestehen Ansprüche aus dem Lastenausgleich? ja nein
- Besteht Anspruch auf Kindergeld ja nein
Empfänger: _____
- Bestehen Unterhaltsansprüche? ja nein
- Bestehen oder bestanden Erbsprüche? ja nein
- Bestehen Ansprüche aus Nießbrauchs-, Wohnrechts- oder Pflegeverpflichtungsverträgen? ja nein
- Bestehen sonstige Ansprüche? ja nein

8. Aufenthaltsverhältnisse des Antragsstellers in den letzten zwei Monaten vor Antragsstellung, Heimaufnahme bzw. Aufnahme in eine Pflegefamilie

Aufenthaltsort	vom	bis	Einrichtung	Sozialhilfebezug
			<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
			<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

Erklärung und datenschutzrechtlicher Hinweis

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag 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 5) zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum

Unterschrift des Antragsstellers bzw.
des ges. Vertreters

Unterschrift des Ehepartners

Wirtschaftliche Belastungen der Bedarfsgemeinschaft

Name, Vorname des Antragstellers

Bitte alle Angaben mit Nachweisen belegen.

1. Kosten der Unterkunft	mtl. in EUR
Kaltniete	
Nebenkosten	
Nebenkosten bei Wohneigentum (bitte differenzieren)	
- Abfallgebühren	
- Gebäudeversicherung	
- Grundsteuer	
- Wasser und Abwassergebühren	
- Heizkosten	
- Schornsteinfegerkosten	
-	
-	
2. Ausgaben im Zusammenhang mit der Erzielung des Arbeitseinkommens	
Arbeitsort	
Beförderungsmittel	
Kosten für die Fahrten zu Arbeit (in EUR/Monat)	
Beiträge für Berufsverbände (in EUR/Monat)	
3. Versicherungen	mtl. in EUR
(z.B. Alterssicherung, Lebensversicherung, private Kranken-, Pflege-, Unfall-, Sterbegeld- oder Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung)	
-	
-	
-	
-	
4. Schuldverpflichtungen und sonstige Belastungen	
Angaben über die Verpflichtung: Grund, Höhe der Belastung, mtl. Laufzeit	

_____ Datum

_____ Unterschrift

Erklärung über Vermögen

Name, Vorname des Antragsstellers

Vermögen des Antragsstellers und des nicht getrenntlebenden Ehegatten/Lebenspartner sowie bei Minderjährigen der im Haushalt lebenden Eltern

Bitte alle Angaben mit Nachweisen belegen.

1. Girokonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kreditinstitut	IBAN	Kontostand

2. Sparbücher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kreditinstitut	IBAN	Kontostand

3. Barvermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bargeldbestand	
Taschengeldkonto im Heim	

4. sonstiges Vermögen (kapitalbildende Versicherungen, Sterbegeldversicherungen, Wertpapiere, Forderungen, Kraftfahrzeuge, wertvoller Hausrat usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art	Höhe

5. Haus- und Grundbesitz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
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 Sozialhilfeträger bzw. der Sozialleistungsbehörde weitere Auskünfte, insbesondere über den Konto-stand und die Kontobewegungen innerhalb der letzten Jahre zu geben.

Des Weiteren akzeptiere ich, dass der Sozialhilfeträger 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 Versicherungsanstalten Geschäftsverbindungen bestehen und akzeptiere eine Nachprüfung meiner Angaben durch den Sozialhilfeträger.

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 Zwölftes Buch (SGB XII) -Sozialhilfe- hat sich der zuständige Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang der Beeinträchtigung und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Personen, die dem Sozialhilfeträger 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 Sozialhilfeleistung versagt bzw. entzogen werden.

Erklärung des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Pflegedokumentationen, Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Sozialhilfeempfänger befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für den zuständigen Träger der Sozialhilfe 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 Sozialhilfe 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 Behörden, insbesondere 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 Eingliederungshilfeträger im Gesamtplan- bzw. Teilhabeplanverfahren folgende Stellen beteiligen und informieren kann (unzutreffendes bitte streichen):

- Träger der Grundsicherung / der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
- Träger der Kriegsopferfürsorge / des Opferentschädigungsgesetzes
- 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

Nach § 2 Abs. 1 SGB XII erhält grundsätzlich derjenige keine Sozialhilfe, der sich durch den Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens oder seines Vermögen selbst helfen kann.

Gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII wird Eingliederungshilfe für behinderte Menschen geleistet, soweit den Leistungsberechtigten, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den §§ 82 ff. SGB XII nicht zuzumuten ist.

Ausnahmen hiervon stellen u. a. folgende Leistungen dar (§ 92 Abs. 2 SGB XII):

- heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind
- Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX))
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX)
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten

Bei diesen Leistungen ist den o. g. Personen nur die Aufbringung der Mittel für die Kosten des Lebensunterhaltes zuzumuten, evtl. vorhandenes Einkommen und Vermögen ist nicht einzusetzen.

Darüber hinaus darf Eingliederungshilfe grundsätzlich nicht abhängig gemacht werden vom Einsatz und von der Verwertung von Vermögen, welches die Freigrenze von 30.000,00 EUR für die Lebensführung und Alterssicherung unterschreitet. Soweit Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gewährt wird, liegt die Vermögensfreigrenze für diese Leistungen derzeit bei 5.000,00 EUR.

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:

Am Alten Hospital 3a, 56068 Koblenz, Tel.: 0261 / 20078830, E-Mail: info@der-kreis.net

Datum

Unterschrift