

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> einmal <input type="checkbox"/> mehrmals, Scheidungsdaten:		seit:	seit:		
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand	<input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige(r)	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand	<input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige(r)	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand	<input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige(r)
Staatsangehörigkeit						
Konfession (Angabe freigestellt)						
Ausgeübte Tätigkeit						
<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer Name, Anschrift, Tel. (siehe Bestallungsurkunde Kopie ist beigefügt)						
Schwerbehinderten- ausweis/Bescheid des Versorgungsamtes (Kopie bitte beifügen)	Datum	v.H.GdB				
	Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?			Versicherungsart bei gesetzlicher Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> sonstige _____			
Versicherungsnummer Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> nicht versichert					
Sozialversicherungs-Nr. DRV:						
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Keine Einstufung					
<input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufung gestellt am: abgelehnt am: <input type="checkbox"/> MDK-Gutachten vom: (Kopie bitte beifügen) <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 seit <input type="checkbox"/> 2 seit <input type="checkbox"/> 3 seit <input type="checkbox"/> 4 seit <input type="checkbox"/> 5 seit					
Kriegsbeschädigter (Kb) Kriegshinterbliebener (Kh)	<input type="checkbox"/> Kb <input type="checkbox"/> Kh					
Beruh die Behinderung des Hilfesuchenden auf einen...	<input type="checkbox"/> Geburtsschaden? <input type="checkbox"/> Unfall? <input type="checkbox"/> Impfschaden? <input type="checkbox"/> Vorsätzlichen oder rechtswidrigen tätlichen Angriff?					
Ausländer						
<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Duldung	<input type="checkbox"/> ja, bis <input type="checkbox"/> nein					

2. Zum Haushalt gehörende Personen (außer den Personen unter Ziff. 1)

	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Stellung zum HS					

3. Wirtschaftliche Verhältnisse des Personenkreises nach §§ 135 ff SGB IX

Einkommen				
Maßgeblich ist die Summe der Einkünfte des Vorvorjahres nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz sowie bei Renteneinkünften die Bruttorente des Vorvorjahres. Bitte den Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres beifügen! Liegt dieser nicht vor, weisen Sie bitte Ihr aktuelles Einkommen nach.				
	Hilfesuchender €	Ehegatte/Vater €	Mutter €	Bemerkungen Aktenzeichen
Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz des Vorvorjahres				
Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit - Netto -				
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit z.B. Gewerbe, Handel, freie Berufe				
Einkünfte aus: Kapitalvermögen (z.B. Zinsen), Vermietung und Verpachtung				
Sachbezüge <input type="checkbox"/> Kost und Wohnung <input type="checkbox"/> Deputate				
Unterhaltszahlungen <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss				
Kindergeld				
Arbeitsagentur /Jobcenter <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/> Sonstige AFG-Leistung				
Leistungen der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld				
Leistungen der Rentenversicherung (Bruttorente des Vorvorjahres) Renteneintrittsjahr: _____ <input type="checkbox"/> EU-Rente <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> BU-Rente <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Landw. Rente				
Betriebsrente (Bruttorente des Vorvorjahres)				
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz/SVG <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen				
Lastenausgleich, z.B. Unterhaltshilfe Entschädigungsrente, Pflegezulage				
BaföG				
Sonstige Einkommen (z.B. Waisengeld, Grundsicherung)				
Bemerkungen				

Vermögen

Hinweis: Wer Eingliederungshilfe beansprucht, muss bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen mitwirken. Weitere Einzelheiten bitten wir dem Merkblatt (Anlage 2), das Ihnen ausgehändigt wird, zu entnehmen. Über den Einsatz oder die Verwertung von Vermögen entscheidet der Eingliederungshilfeträger. Der Eingliederungshilfeträger behält sich vor, die Existenz von Konten über einen Kontenabruf beim Bundeszentralamt für Steuern zu überprüfen (§ 93 Abs. 8 u. 9 Abgabenordnung (AO)).

Zu den Nrn. 1 od. 2 bzw. 3 od. 4 ist jeweils eine Angabe zu machen! Einfaches Durchstreichen wird nicht akzeptiert!

1. Ich/Wir habe(n) folgendes Vermögen (Ergänzungen ggf. auf Rückseite od. gesondertem Blatt vornehmen!)

1.1 * Guthaben und Bargeld (z.B. Guthaben auf Giro- und Sparkonten, Prämien- und Bausparverträgen)

Anlageart	Kontonummer (IBAN)	Institut	Betrag in EUR
<input type="checkbox"/> Girokonto			
<input type="checkbox"/> Girokonto			
<input type="checkbox"/> Sparbuch			
<input type="checkbox"/> Sparbuch			
<input type="checkbox"/> PayPal-Konten			
<input type="checkbox"/> Geschäftsanteile			
<input type="checkbox"/> Prämienparvertrag			
<input type="checkbox"/> Geldmarktkonto			
<input type="checkbox"/> Festgeldkonto			
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag			
<input type="checkbox"/> Bargeld			

1.2 * Wertpapiere : Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien, Fonds, sonstige: _____
Wert in €: _____ (bitte Kopien der Wert-Papiere mit aktuellem Stand beifügen!)

1.3 * Forderungen (z.B. aus Darlehen, Leihe, Schadensersatz etc.)

1.4 * Hausgrundstück, Wohnungs- und Stockwerkseigentum, Dauerwohnrecht

(Ort, Straße, Haus-Nr.) - Nachweise -soweit vorhanden-: (Bauzeichnung(en) Lageplan

Wohnflächenberechnung Berechnung des umbauten Raumes Grundbuchauszug (unbeglaubigt)

Brandversicherungsschein mit letzter Beitragsrechnung Foto)

Anzahl der Wohnungen	bei 2 und mehr Wohnungen mtl. Mieteinnahme	Brandversicherung Stammversicherungssumme (Wert 1914)		Verkehrswert
	€	€		€
Grundbuch von	Band	Blatt	Flur-Nr.	Grundstücksgröße m ²
Datum der Baugenehmigung / Kaufdatum				

1.5 * Sonstiger Grundbesitz (Art, Lage, Fläche, Verkehrswert, Grundbuch)

1.6 * Sonstiges Vermögen (z.B. Lebensversicherungen oder Sterbegeldversicherungen - Rückkaufswerte, Bestattungsvorsorgevertrag, Sachwerte, Kfz, wertvolle Sammlungen, Edelmetalle bspw. Gold etc.)

2. Ich/Wir habe(n) kein Vermögen

3. Früheres Vermögen

* Ich/wir habe(n) folgendes Vermögen (z.B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundbesitz) in den letzten 10 Jahren
 veräußert übertragen verschenkt

Bezeichnung - Datum - Urkunde

4. Ich/Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt

Hinweis: Hinsichtlich der Folgen unrichtiger Angaben weisen wir auf das beigefügte Merkblatt Anlage 2 Nr. 5!

* Nachweise sind beigefügt

4. Aufenthaltsverhältnisse

Zugezogen am	von	Grund des Umzuges
Datum des Grenzübertrittes aus dem Ausland		
Wurde vorher Sozialhilfe beantragt/bezogen? Wo?	Von – bis	Wer hat Umzugskostenbeihilfe gezahlt/abgelehnt?
Aufenthalt in den letzten 3 Monaten vor der Heimaufnahme, bzw. Aufnahme in eine Pflegefamilie - bitte unbedingt lückenlose und vollständige Angaben machen, ggf. auf Rückseite fortsetzen! -		
vom – bis	in (Zeiten, Orte, Anstalten lückenlos angeben)	
Kostenträger des letzten Heimaufenthaltes		Entlassungstag
Bankverbindung	BIC	IBAN
Datum	Name des Kontoinhabers	
Einverständniserklärung Zustimmung zur Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach §§ 22 SGB IX:		
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der für die Durchführung des Teilhabepflichtverfahren verantwortliche Rehabilitationsträger gem. § 22 SGB IX andere öffentliche Stellen (z.B. Pflegeversicherung, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde) in die Erstellung des Teilhabepflichtplans einbezieht, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.</p>		
<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
Erklärung		
<p>Hiermit beantrage ich Rehabilitationsleistungen nach SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch.</p> <p>Den Vordruck zur Überprüfung meines Anspruchs auf Eingliederungshilfeleistung nach SGB IX mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.</p> <p>Wenn und solange ich Eingliederungshilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.</p> <p>Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).</p> <p>Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Das Merkblatt zur Sozialhilfe habe(n) ich/wir erhalten (Anlage 2) und mit der Verarbeitung meiner Daten bin/sind ich/wir einverstanden.</p>		
(Datum und Unterschrift des Hilfesuchenden, seines Ehegatten, seines gesetzlichen Vertreters)		



**Erklärung
über die Entbindung von der Schweigepflicht
von**

(Familienname, Vorname, Geburtsdatum)

(Gesetzlicher Vertreter)

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von

Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

hat sich der Landkreis Neuwied oder die von ihm beauftragte Stelle als Träger der Eingliederungshilfe über Art und Umfang des Leidens und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Eingliederungshilfe gewährt wird, benötigen die genannten Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte über die Entwicklung des Hilfeempfängers, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Bedarf an Betreuung geändert haben kann (etwa wenn die Änderung eines bestimmten Leidenszustandes nach einer gewissen Zeit zu erwarten sein könnte) oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei der Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten in der Therapie. In diesem Fall muss der Träger der Eingliederungshilfe entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob die Kreisverwaltung Neuwied nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind.

Personen, die dem Träger der Eingliederungshilfe solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal der Einrichtung, sofern es sich mit der Betreuung des Hilfeempfängers befasst.

Der Hilfeempfänger hat nach §§ 60 ff. SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderliche Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Wir weisen darauf hin, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Kommt der Hilfeempfänger seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe nicht gewährt bzw. entzogen werden.

Erklärung des Eingliederungshilfeempfängers bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, die durch den Landkreis Neuwied oder der von ihm beauftragten Stelle als Träger der Eingliederungshilfe von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich

a) der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist, b) Leistungserbringer/Einrichtung, c) behandelnder Arzt/Pflegegutachter, d) MDK/Pflegekasse/DRV, e) Wohngeld-/Bafög-Stelle f) Ärztl. Dienst des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung _____
erteile ich meine Einwilligung, dass sie dieser Behörde gegenüber abgegeben werden dürfen.

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang/Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Der Landkreis Neuwied bzw. die von ihm beauftragte Stelle ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben befugt.



Ort, Datum

Unterschrift
(Hilfeempfänger/in oder Vertreter/in)

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht von

(Familienname, Vorname, Geburtsdatum)

(Gesetzlicher Vertreter)

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) hat sich das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz oder der von ihm beauftragte örtliche Träger der Eingliederungshilfe über Art und Umfang des Leidens und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Eingliederungshilfe gewährt wird, benötigen die genannten Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte über die Entwicklung des Hilfeempfängers in der Einrichtung, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Bedarf an Betreuung geändert haben kann (etwa wenn die Änderung eines bestimmten Leidenszustandes nach einer gewissen Zeit zu erwarten sein könnte) oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei der Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmenabschnitten in der Therapie. In diesem Fall muss der Träger der Eingliederungshilfe entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob das Landesamt nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind.

Personen, die dem Träger der Eingliederungshilfe solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal der Einrichtung, sofern es sich mit der Betreuung des Hilfeempfängers befasst.

Der Hilfeempfänger hat nach §§ 60 ff. SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderliche Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Wir weisen darauf hin, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Kommt der Hilfeempfänger seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe nicht gewährt bzw. entzogen werden.

Erklärung des Empfängers von Eingliederungshilfe bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der besonderen Wohnform, in der sich der Eingliederungshilfeempfänger befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz bzw. den von ihm beauftragten örtlichen Träger der Eingliederungshilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, die durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz oder den von diesem beauftragten örtlichen Träger der Eingliederungshilfe von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- a) der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist.
- b) Ärztl. Dienst des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung
- c) _____.

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang/Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Eingliederungshilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben befugt.



Ort, Datum

Unterschrift
(Hilfeempfänger/in oder Vertreter/in)

Merkblatt (Anlage 2)

1. Allgemeines. Nachrang der Eingliederungshilfe

Menschen, die in einer Notlage sind, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können und denen die erforderliche Hilfe auch nicht von Angehörigen oder von anderer Seite zuteil wird, können Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.

Die Hilfen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch sind Teil eines staatlichen Systems der sozialen Sicherung der Bürger. Zu diesem System gehören z.B. auch die gesetzlichen Sozialversicherungen (Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung), die Versorgung der Kriegsoffer sowie die Wohngeld- und Kindergeldleistungen. Gegenüber diesen Leistungen ist die Eingliederungshilfe nachrangig. Einen Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht demnach nicht, wenn jemand die erforderliche Hilfe von anderen Sozialleistungsträgern erhält.

Zuständig für die Sozialleistungen sind die im Sozialgesetzbuch (SGB) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden; sie werden als Leistungsträger bezeichnet. Über die Aufgaben und Hilfen der einzelnen Leistungsträger geben die Mitarbeiter der Verwaltungsbehörden (Gemeindeverwaltung, Stadtverwaltung, Kreisverwaltung) nähere Auskünfte. Sie beraten auch über Rechte und Pflichten der Bürger gegenüber den einzelnen Leistungsträgern.

2. Aufgaben der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltungen prüfen, wie der jeweiligen Notlage am besten begegnet werden kann und welche Hilfen im Einzelfall ggfls. in Frage kommen. Sie stellen außerdem wegen des Nachranges der Eingliederungshilfe fest, ob der Hilfesuchende eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, ob Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern/Trägern der Eingliederungshilfe bestehen oder ob Angehörige ihm helfen können.

Das Nachrangprinzip der Eingliederungshilfe erfordert auch eine Prüfung, ob unterhaltspflichtige Angehörige (§§ 1600 ff. BGB) ihren Verpflichtungen dem Hilfesuchenden gegenüber nachkommen. Ist dies nicht der Fall, so leistet der Träger der Eingliederungshilfe und nimmt dafür die Unterhaltsverpflichteten in Anspruch. Ob und inwieweit dies geschieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe der Situation des Einzelfalles entsprechend. Das Verfahren ist in §§ 141, 142 SGB IX geregelt.

3. Mitwirkungspflichten des Hilfesuchenden. Grenzen der Mitwirkung

Die Mitwirkungspflichten des Hilfesuchenden sind im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (SGB I) festgelegt. Das Gesetz schreibt vor, dass der Hilfesuchende beim Prüfen der persönlichen Verhältnisse und der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Eingliederungshilfe seinen Möglichkeiten entsprechend mitwirken muss. Das Sozialgesetzbuch (§§ 60 bis 64 SGB I) beschreibt die wesentlichen Mitwirkungspflichten wie folgt:

Wer Eingliederungshilfe 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.
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Er soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendigen Maßnahmen persönlich erscheinen.

Der Mitwirkungspflicht des Bürgers sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Mitwirkung muss beispielsweise in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Eingliederungshilfe stehen. Andererseits kann eine Mitwirkung nicht gefordert werden, wenn sie für den Bürger aus wichtigem Grund nicht zumutbar ist oder wenn sich die Behörde durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene die erforderlichen Erkenntnisse selbst beschaffen kann.

Es wird darauf hingewiesen, dass für den Träger der Eingliederungshilfe in Einzelfällen die Möglichkeit eines Kontenabrufverfahrens über das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) besteht.

Dieses entbindet den Antragsteller aber in keiner Weise von den Mitwirkungspflichten. Bei fehlender Mitwirkung besteht weiterhin die Möglichkeit den Antrag gemäß § 66 Abs. 1 S. 1 SGB I zu versagen.

4. Unterrichtung des Hilfesuchenden

Über die Mitwirkungspflichten hat der Träger der Eingliederungshilfe den Hilfesuchenden ausdrücklich zu unterrichten. Dies geschieht mit diesem Merkblatt, das dem Hilfesuchenden zusammen mit dem Fragebogen ausgehändigt wird. Der Hilfesuchende bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er das Merkblatt erhalten hat und somit über dessen Inhalt unterrichtet ist.

5. Folgen fehlender Mitwirkung oder falscher Angaben

Kommt ein Hilfesuchender oder Hilfeempfänger seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, so kann der Träger der Eingliederungshilfe die Leistungen ganz oder teilweise versagen oder entziehen. In einem solchen Fall wird der Hilfesuchende im Einzelnen schriftlich besonders darauf hingewiesen (§§ 65 bis 67 SGB I).

Wer wissentlich falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

6. Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen

Hat ein Hilfeempfänger beispielsweise durch absichtlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben Sozialhilfe zu Unrecht erhalten, so muss er die Leistungen erstatten.

7. Schutz der Sozialdaten

Angaben des Hilfesuchenden über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden als Sozialgeheimnis behandelt und anderen nicht unbefugt offenbart. Eine Offenbarung ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn eine Offenbarung gesetzlich erlaubt ist (§ 67 SGB X).

8. Hinweis zur Datenverarbeitung

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Der Antragsteller erklärt sich mit der Antragstellung zur v.g. Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden. Wir weisen darauf hin, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -). Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.



(Datum und Unterschrift des Hilfesuchenden/Bevollmächtigten/Betreuer)

Kreisverwaltung Neuwied

Abt. 4 - Soziales

Folgende Unterlagen sind dem Antrag auf Eingliederungshilfe beizufügen:

1. Vermögen:

- Vermögen allg.:
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate vor Antragstellung bis aktuell
 - aktuelle und bereits entwertete Sparbücher (komplett)
 - Wertpapiere
 - Forderungen
 - Kapitalversicherungen (Lebens- und Sterbegeldversicherungen)
aktueller Rückkaufswert, Versicherungspolice
Bescheinigung wird durch Versicherung ausgestellt
 - Sachwerte
 - Nachweis des Bankinstitutes über die in den letzten 10 Jahren bestehenden
Konten, Sparbücher und sonstigen Einlagen
 - sonstige
- Grundvermögen:
- Grundbuchauszüge
 - Luftbilder
 - Bauzeichnungen, Bauberechnungen,
 - Bilder innen und außen
 - Versicherungspolicen
 - Wertermittlungen, Bodenrichtwerte
 - sonstige

2. Einnahmen:

- Bei Selbständigen:
- Steuerbescheid des Vorvorjahres (vorrangig!!!)
 - Jahresbilanzen mit Gewinn- und Verlustrechnungen
 - Einnahme - Überschussrechnungen
 - sonstige
- Bei Arbeitnehmern:
- Steuerbescheid des Vorvorjahres (vorrangig!!!)
 - Lohnauskunft des Arbeitgebers für die letzten 3 Monate
 - Belege über sonstige Einkünfte (Krankengeld, Arbeitslosengeld,
Versorgungsbezügemitteilungen, Rentenbescheide mit Angabe
Renteneintrittsjahr, Grundsicherungsbescheide, etc.)
 - sonstige
- Bei Rentnern:
- Nachweise über die Bruttorente des Vorvorjahres (vorrangig!!!)

3. Übergabe- bzw. Schenkungsverträge und sonstige Verträge:

- Übertragungsverträge
- Schenkungsverträge
- Verträge über Wohnrecht, Leibrente, Nießbrauch, Pflegeverpflichtung
- entsprechende Grundbuchauszüge
- sonstige

4. evtl. Bevollmächtigungen:

- Vollmacht
- Betreuungsurkunde vom Amtsgericht

5. Bescheid der Pflegekasse, MDK Gutachten

6. Heimvertrag

7. Schwerbehindertenausweis

8. Scheidungsurteil(e) falls zutreffend

Sofern weitere Einkommens- und Vermögensverhältnisse bestehen, sind diese Angaben vollständig zu belegen.

Diese Auflistung kann nicht vollständig sein. Im Einzelfall können noch weitere Unterlagen benötigt werden. Wir behalten uns deshalb vor, ggf. Unterlagen nachzufordern.

Im Übrigen wird auf die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hingewiesen. Beachten Sie hierzu auch folgende Kontaktdaten:

Kontaktdaten EUTB

EUTB Koblenz

Adresse

Stegemannstraße 5-7
56068 Koblenz am Rhein
Rheinland-Pfalz

Telefon:

0261 20078830

E-Mail:

info@eutb-koblenz.de

Mobile Teilhabeberatung Linz

Adresse

Mühlengasse 16
53545 Linz
Rheinland-Pfalz

Telefon:

02644 9456396

E-Mail:

info@beratung-linz.de

Fragebogen zur Notwendigkeit der Aufnahme in einer besonderen Wohnform
(ausfüllen nur bei Antrag auf der Aufnahme in einer besonderen Wohnform!)

Die Aufnahme in einer besonderen Wohnform (Anschrift):

ist erforderlich weil:

Herr/Frau _____ beifolgenden Verrichtungen der Hilfe bedarf:

und

- eine Person fehlt, die die Pflege sicherstellen könnte
- die Pflege über einen ambulanten Pflegedienst nicht ausreicht, weil

- die Person, die die Pflege zurzeit sicherstellt überfordert ist;
- demnächst eine Überforderung einzutreten droht, weil
 - die Pflegeperson selbst betagt ist
 - die Pflegeperson gesundheitlich beeinträchtigt ist
 - die Entfernung zwischen Wohnort der Pflegeperson und Pflegeort zu groß ist
 - die psychische Belastung für die Pflegeperson zu groß ist.

- eine Verwahrlosung der Pflegebedürftigen
 - eingetreten ist
 - einzutreten droht
- Selbst- bzw. Fremdgefährdungstendenzen bestehen. Dazu wurde folgendes festgestellt:

- die räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich keine häusliche Pflege ermöglichen und auch durch Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nicht verbessert werden können. Kurze Begründung:

Diese Erklärung hat abgegeben: _____
(Name, Anschrift)

_____, den _____
(Ort) (Datum)



(Unterschrift des Erklärenden)

Erklärung über die Entbindung vom Bankgeheimnis

Name der Kontoinhaber:	Vorname/n der Kontoinhaber:
Anschrift:	



Anlageart	Konto-Nr./IBAN*	BLZ/BIC	Institut
Girokonto			
Sparbuch			
Termineinlage			
Geldmarktkonto			
Geschäftsanteile			
Festgeldkonto			
Zuwachssparvertrag			
Kapitalversicherung			

*Bei Kapitalversicherungen bitte die Versicherungsnummer in der Spalte „Konto-Nr.“ eintragen.

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die vorgenannten Institute unter Entbindung von ihrer Verschwiegenheitspflicht aus dem Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Träger der Eingliederungshilfe weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen innerhalb der letzten 10 Jahre ab Ausstellungsdatum 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 Institut unter Befreiung vom Bankgeheimnis die erforderlichen Auskünfte erteilen kann.

Ich erkläre, dass zu keinen weiteren, als den o.g. Kreditinstituten Geschäftsverbindungen bestehen und akzeptiere eine Nachprüfung meiner Angaben durch den Sozialhilfeträger. Auf meine Mitwirkungspflichten nach §§ 60, 66 SGB I wurde ich hingewiesen.

_____, den _____

 
(Unterschrift/en)

Hinweis: Bei Konten, die auf mehrere Personen lauten, ist die Unterschrift von allen Kontoinhabern zu leisten!