

Anleitung

zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

I. Allgemeine Hinweise

Eingliederungshilfe wird nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (**SGB**) Neuntes Buch (**IX**) - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - geleistet. Zur Prüfung des Anspruches auf Eingliederungshilfe ist es erforderlich, dass detaillierte Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gemacht werden, soweit diese im Zusammenhang mit dem Eingliederungshilfeantrag von Bedeutung sind. Eingliederungshilfe wird nach § 91 SGB IX grundsätzlich nachrangig geleistet, d. h. Eingliederungshilfe erhält nur, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

Der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen ist nach dem Hessischen Ausführungsgesetz zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch (HAG/SGB IX) sachlich zuständig für die Eingliederungshilfeleistungen für Personen nach Beendigung der Schulausbildung. Dazu gehören auch die in diesem Zusammenhang notwendigen pflegerischen Leistungen nach vorheriger Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Wir bitten um Verständnis dafür, dass die Fragestellungen recht umfangreich sind. Dies ist notwendig, um die Leistungen in der notwendigen Höhe bewilligen zu können. Dabei ist zu beachten, dass der LWV Hessen die Leistung nur unter Berücksichtigung des aus dem Einkommen zu leistenden Beitrages sicherzustellen hat.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie die Fragen vollständig beantworten und fügen Sie erbetene Belege im Original (diese erhalten Sie nach Prüfung zurück) oder in beglaubigter Fotokopie bei, um die ansonsten notwendigen Rückfragen und damit verbundene Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden.

Für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen nach **telefonischer Vereinbarung** gern zur Verfügung. Unsere Kontaktdaten finden Sie auf Seite 2.

II. Bestandteile des Eingliederungshilfeantrages

Zu dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX gehören der vierseitige **Grundantrag GEGH** sowie die **Anlagen E1 bzw. E2** (Erklärung über die **Einkommensverhältnisse**) und die **Anlage V** (Erklärung über die **Vermögensverhältnisse**).

Bei Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen oder bei einem Budget für Arbeit ist zusätzlich die **Anlage THA** erforderlich.

Sofern ein Bedarf zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges besteht, ist die **Anlage Kfz** zu nutzen.

Die **Anlage Hochschulbildung** ist bei Unterstützungsleistungen während des Studiums notwendig.

Die **Anlage M** (Merkblatt über die **Mitwirkungspflichten**, Auszug aus dem Sozialgesetzbuch) erhalten Sie zu Ihrer Information zur Beachtung und zum Verbleib.

Das **Vorblatt GEGH** soll Ihnen die Übersendung des Antrages an uns erleichtern und eröffnet Ihnen Raum für weitere Mitteilungen.

III. Zuständigkeit

Der LWV Hessen, überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe, besteht aus drei Verwaltungen, die nach regionalen Gesichtspunkten in Kassel, Darmstadt und Wiesbaden angesiedelt sind. Die Zuständigkeiten verteilen sich wie folgt:

Kassel

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel
Telefon: 0561 1004 - 0

zuständig für:

Stadt Kassel
Landkreis Kassel
Werra - Meißner - Kreis
Landkreis Waldeck-Frankenberg
Schwalm - Eder - Kreis
Landkreis Hersfeld - Rotenburg
Landkreis Marburg - Biedenkopf
Landkreis Fulda

Darmstadt

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe
Steubenplatz 16
64293 Darmstadt
Telefon 06151 801 - 0

zuständig für:

Stadt Darmstadt
Stadt Offenbach
Landkreis Offenbach
Vogelsbergkreis
Wetteraukreis
Landkreis Groß - Gerau
Landkreis Darmstadt - Dieburg
Main - Kinzig - Kreis
Odenwaldkreis
Landkreis Bergstraße

Wiesbaden

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe
Frankfurter Straße 44
65189 Wiesbaden
Telefon: 0611 156 - 0

zuständig für:

Stadt Frankfurt
Stadt Wiesbaden
Rheingau - Taunus - Kreis
Main - Taunus - Kreis
Landkreis Limburg - Weilburg
Lahn - Dill - Kreis
Landkreis Gießen
Hochtaunuskreis

Innerhalb der Regionalverwaltungen gliedert sich die Zuständigkeit nach folgenden Zielgruppen:

1. Fachbereich 204: - Fachbereich für Menschen mit körperlicher Behinderung oder Sinnesbehinderung
2. Fachbereich 206: - Fachbereich für Menschen mit geistiger Behinderung
3. Fachbereich 207: - Fachbereich für Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten

Bitte beachten Sie folgendes:


- a) Sollte noch nicht feststehen, wo die Unterstützung erfolgen soll, ist der Antrag an die Regionalverwaltung zu richten, in deren Bereich die antragstellende Person ihren Wohnort hat.
- b) Bei Maßnahmen wie z. B. in einer besonderen Wohnform, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagesförderstätte, Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen etc. ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich die Unterstützung stattfinden soll.
- c) Bei Leistungen im Betreuten Wohnen ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich sich der Ort befindet, an dem das Betreute Wohnen erfolgen soll.
- d) Bei Leistungen in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien) ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich die Pflegefamilie wohnt.

IV. Grundantrag GEGH

Sabine Musterfrau ist am 02.04.1999 geboren, ledig, hat keine Kinder und lebt bei ihren Eltern. Sie arbeitet seit 01.09.2010 in einer Werkstatt für behinderte Menschen und beantragt die Unterstützung in einer besonderen Wohnform des Trägers B. in Kassel.

Durch ihre Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen erzielt sie einen Werkstattlohn inkl. Arbeitsförderungsgeld von 160,00 € monatlich. Parallel zu diesem Antrag hat sie beim Sozialamt der Stadt Kassel einen Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung inkl. eines Mehrbedarfs für das in der Werkstatt für behinderte Menschen einzunehmende Mittagessen gestellt.

Zeile 1 bis 8:

LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN		LWVHessen	
Überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe			
Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe			
1	Die Unterstützung soll erfolgen : <input checked="" type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform, Name der besonderen Wohnform	Aufnahmetag: _____	
	<i>Engel-Freudenskin-Wohnanlage, Baunataler Diakonie Kassel</i>		
2	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Betreuten Wohnens	geplante Betreuung ab: _____	
3	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien)	geplante Betreuung ab: _____	
Die Beschäftigung bzw. Unterstützung soll erfolgen:			
4	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen/andere Leistungsanbieter	geplante Beschäftigung ab: _____	
(Bitte ergänzend Anlage THA - LWV 01-3-204 - ausfüllen)			
5	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Budgets für Arbeit* Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____	Einstellungsdatum: _____	
(* Bitte ergänzend Anlage THA - LWV 01 - 3 - 204 - ausfüllen.)			
6	<input type="checkbox"/> in der Tagesförderstätte	geplante Betreuung ab: _____	
	<input type="checkbox"/> in der Tagesstätte	_____	
	<input type="checkbox"/> in einer Tagesstruktur in besonderen Wohnformen	_____	
Weitere Teilhabeleistungen			
7	<input type="checkbox"/> z. B. zur Aufrechterhaltung des Haushaltes; Leistungen zur Beförderung; Versorgung mit Hilfsmitteln; Leistungen für ein Kfz (hier ergänzend Anlage KFZ - LWV 01 - 3 - 206 - ausfüllen); Leistungen zur Hochschulbildung (hier ergänzend Anlage Hochschulbildung - LWV 01 - 3 - 215 - ausfüllen) - Benötigt wird: _____		
8	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1, 2, 3, 4, 6 und 7 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget		

Was müssen Sie eintragen?

Wir bitten - soweit bereits bekannt - darum, den Namen und die vollständige Anschrift

1. des Trägers der besonderen Wohnform,
2. des Trägers des Betreuten Wohnens oder
3. der Familie

zu benennen.

- Die besondere Wohnform stellt eine Unterstützung über Tag und Nacht sicher
- Betreutes Wohnen ist eine Leistung für Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Wohnung Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten.
- Leistungen in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien) wird für erwachsene Menschen mit Behinderungen erbracht, die in einer Familie aufgenommen werden und dort mit professioneller Begleitung durch einen Fachdienst Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Bei Bedarf sind Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beim örtlichen Träger der Sozialhilfe bzw. Grundsicherung beim zuständigen Jobcenter zu beantragen.
- Bei einer Werkstatt für behinderte Menschen bzw. einem anderen Leistungsanbieter wird die Beschäftigung im Rahmen eines arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisses sichergestellt.
- Budget für Arbeit ist ein Lohnkostenzuschuss an einen privaten oder öffentlichen Arbeitgeber. Der Arbeitgeber schließt mit dem Antragsteller, der einen Anspruch auf eine Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen hat, einen Arbeitsvertrag mit tarifvertraglicher bzw. ortsüblicher Entlohnung.
- Eine Tagesförderstätte, eine Tagesstätte oder eine Tagestruktur in besonderen Wohnformen stellt die Unterstützung regelhaft über die Werkstage sicher.
- Weitere Teilhabeleistungen können bei Bedarf zusätzlich zu den bereits bewilligten Eingliederungshilfeleistungen im Betreuten Wohnen, im Begleiteten Wohnen in Familien, in besonderen Wohnformen, in einer Werkstatt für behinderte Menschen bzw. Tagesförderstätte etc. oder als separate Leistung beantragt werden.
 Zu den weiteren Teilhabeleistungen gehören u. a. die Leistungen der sozialen Teilhabe nach Teil 2 Kapitel 6 SGB IX wie zum Beispiel Begleitung bei Sport-/Kulturveranstaltungen, Übernahme von Fahrtkosten, behinderungsbedingte Hilfen zur Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts, die Leistungen zur Hochschulbildung, die Leistungen für ein Kraftfahrzeug.
 Auch Leistungen zur Deckung eines pflegerischen Bedarfs können zu den weiteren Teilhabeleistungen gehören, wenn bereits Eingliederungshilfe außerhalb einer besonderen Wohnform erbracht wird. Nach § 103 Abs. 2 SGB IX sind die Leistungen der häuslichen Pflege nach Kapitel 7 SGB XII, soweit sie nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt werden können, von den Leistungen der Eingliederungshilfe umfasst.
- Es besteht auch die Möglichkeit, die unter den Zeilen 1, 2, 3, 4, 6 und 7 genannten Leistungen als Persönliches Budget zu beantragen. Das bedeutet, dass Sie die beantragte Leistung, sofern Sie einen entsprechenden Bedarf und Anspruch haben, in Form einer Geldleistung ausgezahlt bekommen. Mit diesem Betrag können Sie sich die Leistung bei einem Anbieter Ihrer Wahl einkaufen. Die individuellen Ziele und deren Umsetzung sind mit dem LWV Hessen in einer Zielvereinbarung festzulegen.

Sollten Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Eingliederungshilfeträger außerhalb von Hessen erhalten haben, bitten wir Sie sich dorthin zu wenden, da dieser zuständig ist. Sollte dies der Fall sein, ist das Ausfüllen dieses Antrages entbehrlich. (Siehe Hinweise zu Zeile 30 bis 33)

Zeile 10 bis 20:

Angaben zur antragstellenden Person			
10	Name: <u>Mustekrau</u>		
11	Vorname: <u>Sabine</u>		
12	Ggf. Geburtsname:		
13	Straße, Hausnummer: <u>Frankfurter Str. 107</u>		
14	PLZ: <u>34121</u>	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme: <u>Kassel</u>	
15	Telefon: <u>056112734863</u>	Fax:	E-Mail-Adresse:
16	Geb.-Datum: <u>02.04.1999</u>	Geschlecht: (m/w/d) <u>w</u>	Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status): <u>D</u>
17	Geburtsort und -kreis: <u>Kassel</u>		
18	Ausgeübter Beruf:		
20	Arbeitgeber:		

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift, gegebenenfalls die letzte Anschrift vor Aufnahme in die besondere Wohnform, ein. Bitte achten Sie darauf, die Fragen detailliert zu beantworten.

Zeile 21 bis 29:

21	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt? <input type="checkbox"/> Nein		
22	<input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____		
23	- beantragt am: _____ bei: _____ (Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen! Bei Antrag auf Budget für Arbeit, bitte ebenfalls Kopie des Feststellungsbescheid beifügen!)		
24	Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Betreuerausweis/Vollmacht beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____		
25	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____		
26	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____		
27	Bestellung durch Amtsgericht: _____ (Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)		
28	Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt? <input type="checkbox"/> Nein		
29	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Ergebnis: _____ (Ggf. Kopien des Anerkennungsbescheides/Ausweises beifügen!)		

Was müssen Sie eintragen?

Soweit bei dem zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder ausgestellt wurde, ist dies einzutragen. Gleiches gilt für die Beantragung oder das Bestehen eines Betreuungsverhältnisses, einer Bevollmächtigung oder einer Vormundschaft. Aussiedler, Vertriebene und Asylberechtigte müssen hier ihre Anerkennung nachweisen.

Zeile 30 bis 33:

Aufenthaltsverhältnisse		
Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Antragstellung (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort (Zeile 13/14) übereinstimmt):		
von	bis	Straße, Ort
30	_____	_____
31	_____	_____
32	_____	_____
33	_____	_____

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte die genaue(n) Anschrift(en) Ihrer Aufenthaltsverhältnisse (Wohnorte) der letzten beiden Monate vor der Aufnahme ein. Sie sind besonders wichtig, um die örtliche Zuständigkeit des LWV Hessen überprüfen zu können.

Sollten Sie in den letzten 6 Monaten vor der Antragstellung beim LWV Hessen Leistungen von einem anderen Eingliederungshilfeträger außerhalb Hessens erhalten haben, liegt die örtliche Zuständigkeit des LWV Hessen nicht vor.

Zeile 34 bis 37:

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	
Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?	
34	<input type="checkbox"/> Nein
35	<input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern) (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?	
36	<input type="checkbox"/> Nein
37	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Was müssen Sie eintragen?

Die Frage, inwieweit Sie oder ein/e Familienangehörige/r Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz haben, ist erforderlich, da unter Umständen ein anderer Leistungsträger, z. B. die Hauptfürsorgestelle, ganz oder teilweise zur Leistung verpflichtet sein könnte.

Zeile 38 bis 51:

Anspruch gegen Dritte	
38	Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Nein
39	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, bei: <u>AOK Kassel</u> Versicherungs-Nr.: <u>347 863</u>
40	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> als Fam.-Angehörige/r des/der _____
41	<input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V
(Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid über die Festsetzung des Pflegegrades beifügen!)	
42	Wurde dort die Kostenübernahme beantragt? <input type="checkbox"/> Nein
43	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
44	Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden? <input type="checkbox"/> Nein
45	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, bei: <u>DRV Hessen</u> Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.: <u>52 040 299 H 584</u>
46	Wurde dort die Kostenübernahme beantragt? <input checked="" type="checkbox"/> Nein
47	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
48	Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? - ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben - <input type="checkbox"/> Nein
49	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche geltend gemacht am: _____ gegen: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (bitte Namen des Schädigers; falls bekannt auch dessen Haftpflichtversicherung angeben)
50	Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den/der Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben) <input type="checkbox"/> Nein
51	<input type="checkbox"/> Ja, _____ _____

Was müssen Sie eintragen?

Diese Angaben werden benötigt, da Leistungen Dritter einer Leistung der Eingliederungshilfe immer vorgehen.

Zeile 52 bis 62:

Angaben über Angehörige					
	Vater (nur bei minderjährigen Antragstellern ausfüllen)	Mutter (nur bei minderjährigen Antragstellern ausfüllen)	im Haushalt lebende/r Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	Kind 1 (im Haushalt lebend)	Kind 2 (im Haushalt lebend)
52	Name, ggf. Geburtsname				
53	Vorname				
54	Geburtsdatum				
55	Sterbedatum				
56	Straße, Haus-Nr.				
57	Wohnort				
58	Telefon				
59	Fax				
60	E-Mail-Adresse				
61	ausgeübter Beruf				
62	Arbeitgeber				

*Zutreffendes bitte unterstreichen

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte sämtliche Verwandte, d. h. Eltern (bei minderjährigen Antragstellern), Kinder, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sowie Partner/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ein und achten Sie auf vollständige Angaben.

V. Anlage E1

Frau Musterfrau erhält von der Werkstatt B. einen Lohn inkl. Arbeitsförderungsgeld von 160,00 € monatlich. Weitere monatliche Ausgaben z. B. für Versicherungen hat sie nicht. Da sie noch bei ihren Eltern wohnt entstehen auch keine Mietausgaben.

Zeile 63 bis 67:

Antrag vom:	Name, Vorname der antragstellenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	--	-------------

Anlage E1:

Erklärung über die Einkommensverhältnisse

63 Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - bzw. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -?

64 Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bei. Sie müssen keine weiteren Angaben machen.

Wenn nein, beachten Sie bitte folgende Punkte/Fragen:

Einkommen des Vorjahres

Liegt Ihnen der Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres vor?

Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bescheid bei.

Wenn nein, werden Sie gebeten die Einkünfte zu benennen, über die Sie im Vorjahr verfügt haben.

Bei Verheirateten, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften, bei Partnern/innen in eheähnlicher oder lebenspartnerähnlicher Gemeinschaft bitte auch die Einkünfte des Ehegatten, des/der Lebenspartners/in, des/der Partners/in aufführen.

Bitte jeweils Belege beifügen!

65	Einkünfte des Vorjahres	Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
<input checked="" type="checkbox"/>	Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	192,- € jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Renten (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen Erwerbsminderung etc.)	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapitalvermögen	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Pflegegeld	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	sonstige Einkünfte (z. B. Kindergeld)	€ jährlich	€ jährlich

66 Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Belege beifügen und erhebliche Abweichung begründen!

67 Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

Nein

Ja, und zwar

Beantragte Leistung: Grundsicherung Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle: Sozialamt Stadt Kassel

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte **sämtliche Einkommen**, Renten oder Lohnersatzleistungen von Ihnen und Ihrem Ehegatten, Ihrer/Ihrem Lebenspartner/in, Partner/in ein.

Sollten Sie existenzsichernde Leistungen beziehen, ist mit dieser Bestätigung unter Beifügung des Bescheides des Trägers der existenzsichernden Leistungen das Ausfüllen der Anlage E1 beendet.

Sollten Sie über Einkommen verfügen, hat der Gesetzgeber bestimmt, dass der Eingliederungshilfeträger das Einkommen des Vorvorjahres bei der Berechnung eines Beitrages aus Ihrem Einkommen zu berücksichtigen hat.

Sollte sich Ihr Einkommen zu dem des Vorvorjahres erheblich verändert haben, bitten wir dies unter Randziffer 66 zu vermerken und zu begründen.

Die Angabe des Einkommens des Ehegatten, Ihres/Ihrer Lebenspartners/in, Ihres/Ihrer Partners/in ist notwendig. **Es wird nicht in Anspruch genommen!**

Die Höhe ist jedoch von Bedeutung, um festzustellen, ob bei der Berechnung Ihres Beitrages die dafür zu berücksichtigenden Grenzen erhöht werden können.

Zeile 68 bis 73:

Ausgaben/Werbungskosten (Bitte Belege beifügen!)

68		Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
69	<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	€ jährlich	€ jährlich
70	<input type="checkbox"/> Aufwendungen für Arbeitsmittel	€ jährlich	€ jährlich
71	<input type="checkbox"/> Beiträge für Berufsverbände	€ jährlich	€ jährlich
72	<input type="checkbox"/> Beiträge für Versicherungen	€ jährlich	€ jährlich
73	<input type="checkbox"/> Sonstiges	€ jährlich	€ jährlich

Was müssen Sie eintragen?

In den genannten Zeilen tragen Sie bitte die jährlichen Beträge ein. Bitte geben Sie Aufwendungen für Arbeitsmittel und Fahrtkosten getrennt an. Sofern Sie nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Ihrem Arbeitsplatz gelangen, nennen Sie bitte die Art des benutzten Verkehrsmittels sowie die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle. Bei Versicherungen geben Sie bitte insbesondere den Versicherungsgrund an.

VI. Anlage E2

Diese Anlage ist auszufüllen, wenn für ein minderjähriges Kind, das bereits die Schulausbildung beendet hat und somit nicht mehr der örtliche Träger der Eingliederungshilfe (hessische Landkreise bzw. kreisfreien Städte) zuständig ist, eine Teilhabeleistung beantragt wird.

Zeile 74 bis 83:

Antrag vom:	Name, Vorname der antragstellenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	--	-------------

Anlage E2: Erklärung über die Einkommensverhältnisse der Eltern sowie der antragstellenden Person

74 Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - bzw. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe?

Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bei. Sie müssen keine weiteren Angaben machen.

Wenn nein, beachten Sie bitte folgende Punkte/Fragen:

Einkommen des Vorvorjahres

Liegt Ihnen der Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres vor?

Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bescheid bei.

Wenn nein, werden Sie gebeten, die Einkünfte zu benennen, über die Sie im Vorvorjahr verfügt haben.

Bitte jeweils Belege beifügen!

75 Einkünfte des Vorvorjahres	Antragstellende Person	Eltern	
		Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Renten (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen Erwerbsminderung etc.)	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Kapitalvermögen	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Pflegegeld	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte (z. B. Kindergeld)	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich

Was müssen Sie eintragen?

Zur Vermeidung von Wiederholungen ist auf die Ausführungen zu den Zeilen 63 bis 73 zu verweisen, wobei hier neben den Angaben der antragstellenden Person noch die Angaben der Eltern hinzukommen.

VII. Anlage V

Frau Musterfrau hat ein Sparkonto bei der Volksbank Kassel-Göttingen in Kassel mit einem Kontostand von 9.845 €.

Zeile 84 bis 89:

Antrag vom:	Name, Vorname der antragstellenden Person:	Geb.-Datum:
	Musterfrau, Sabine	02.04.1999

Anlage V: Erklärung über die Vermögensverhältnisse
der antragstellenden Person sowie bei minderjährigen unverheirateten Kindern die Eltern
(Bitte fügen Sie Belege bei!)

84	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze/n folgendes Vermögen (Bitte Belege beifügen!)
85	<p>a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der antragstellenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!):</p> <p>IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: <u>DE07 5209 0000 0134 1716</u> Betrag: <u>9.845,-</u></p> <p>Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: <u>Volksbank Kassel-Göttingen</u></p> <p>IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____</p> <p>Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____</p> <p>IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____</p> <p>Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____</p> <p>(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)</p>
86	b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):
87	<p>c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____</p> <p>Grundstücksgröße in qm: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____</p>
88	<p>d) Sonstiger Grundbesitz:</p> <p>Art, Lage, Verkehrswert: _____</p> <p>Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____</p>
89	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche, Pflichtteilsansprüche)

Was müssen Sie eintragen?

In den genannten Zeilen ist das bei Antragstellung **tatsächlich vorhandene** Vermögen aufzuführen. Dies gilt - wie bei der Anlage E - für die antragstellende Person. Werden Teilhabeleistungen für ein minderjähriges Kind beantragt, ist auch das Vermögen der Eltern einzutragen.

Zeile 90 bis 91:

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)			
90	Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.		
91	<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen	<input type="checkbox"/> veräußert:	<input type="checkbox"/> übertragen: <input type="checkbox"/> verschenkt:
	Bezeichnung:	Wert:	Datum: an (Name, Anschrift):
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)			

Was müssen Sie eintragen?

Diese Fragen sind für die Sozialleistung von besonderer Bedeutung: So regelt beispielsweise das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in § 528, dass die Rückforderung eines Geschenkes innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren möglich ist.

VIII. Anlage THA

Tobias Mustermann, geboren am 20.06.2000, besucht die Werkstatt der Baunataler-Diakonie Kassel ab dem 01.08.2017. Für die Zeit vom 01.08.2017 bis 31.10.2019 hat die Agentur für Arbeit in Kassel die Kosten für den Besuch der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) übernommen. Ab dem 01.11.2019 wechselt Herr Mustermann in den Produktionsbereich. Herr Mustermann lebt gleichzeitig im Betreuten Wohnen des gleichen Trägers in Kassel - Waldau. Die Kosten trägt der Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich 206, in Kassel. Die Kostenübernahme wurde mit Bescheid vom 01.08.2017 unter dem Geschäftszeichen 206.1.00-10/13745 ausgesprochen.

Zeile 92 bis 96:

Antrag vom:	Name, Vorname der antragstellenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	--	-------------

**Anlage THA: Eingliederungshilfe im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
(Werkstätten für behinderte Menschen/andere Leistungsanbieter/Budget für Arbeit)**

92	Name der Werkstatt für behinderte Menschen/des anderen Leistungsanbieters: <u>Baunatal-Diakonie Kassel</u>
93	Beginn der Maßnahme/Beginn des Arbeitsverhältnisses: <u>01.11.2019</u> Arbeitszeit: <input checked="" type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe der Stunden
94	Fachbereich: <input type="checkbox"/> Arbeits-/Produktionsbereich <input type="checkbox"/>
95	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit Name, Anschrift des Arbeitgebers: _____ Bankverbindung des Arbeitgebers: _____
96	Bitte fügen Sie Ihren Feststellungsbescheid/Gleichstellungsbescheid ggf. mit Schwerbehindertenausweis in Kopie mit bei. Diese Unterlagen werden benötigt, damit sich das LWV Hessen Integrationsamt aus Mitteln der Ausgleichsabgabe am Lohnkostenzuschuss sowie an den Kosten der Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz beteiligen kann. Bisherige Förderungsmaßnahme/n (z. B. Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen/eines anderen Leistungsanbieters): von: <u>01.08.17</u> bis: <u>31.10.19</u> in: <u>Baunatal Diakonie, Kassel</u> Kostenträger dieser Maßnahme: <u>Agentur für Arbeit, Kassel</u> von: _____ bis: _____ in: _____

Was müssen Sie eintragen?

Hier ist die genaue Bezeichnung und Anschrift der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), für die ein Kostenübernahmeantrag gestellt wird, anzugeben. Mit „Beginn der Maßnahme“ in Zeile 93 wird derjenige Zeitpunkt abgefragt, ab dem die Kostenübernahme durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen, überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe, beantragt wird. Näheres hierzu erfahren Sie von der aufnehmenden bzw. betreuenden Werkstatt für behinderte Menschen.

Zeile 97 bis 106:

Ist/Wird gleichzeitig eine Unterstützung in einer besonderen Wohnform beantragt bzw. durchgeführt?	
97	<input type="checkbox"/> nein
98	<input type="checkbox"/> ja, Name der besonderen Wohnform: _____
99	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? _____
100	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: _____

Ist/Wird gleichzeitig eine Leistung im Betreuten Wohnen beantragt bzw. erhalten Sie diese bereits?	
101	<input type="checkbox"/> nein
102	<input checked="" type="checkbox"/> ja, bei folgendem Träger: <u>Bahnstadler Diakonie Kassel</u>
103	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? <u>LWV Hessen, Fachbereich 206, Kassel</u>
104	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: <u>01.08.2017, 206-1.00-10113745</u>

Einverständniserklärung zur Datennutzung durch das LWV Hessen Integrationsamt	
<p>Das LWV Hessen Integrationsamt kann sich im Rahmen des Budgets für Arbeit an dem Lohnkostenzuschuss beteiligen, sofern eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung im Sinne des § 151 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) vorliegt. Gleiches gilt bei etwaigen Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 SGB IX.</p> <p>Sollte keine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung im Sinne des § 151 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) vorliegen, wird das LWV Hessen Integrationsamt eine Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für den Träger der Eingliederungshilfe bei etwaigen weiteren Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX vornehmen.</p> <p>Diesen Hintergrund zur Kenntnis nehmend, bin ich damit einverstanden, dass das LWV Hessen Integrationsamt dafür die in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeicherten personenbezogenen Daten zur Durchführung dieser Prüfung nutzen darf.</p> <p>Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.</p>	
105	<input type="checkbox"/> ja
106	<input type="checkbox"/> nein
_____ Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreters/in bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist	

Was müssen Sie eintragen?

Neben der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen möchte die betreffende Person in einer eigenen Wohnung selbstständig leben. Da Herr Mustermann eine Unterstützung benötigt, wurden Leistungen des Betreuten Wohnens beantragt. Wir benötigen daher die Angabe des Trägers des Betreuten Wohnens sowie der gegebenenfalls bestehenden Kostenzusicherung mit Aktenzeichen des LWV Hessen.

Entsprechendes gilt, wenn Sie Unterstützung in einer besonderen Wohnform erhalten bzw. beantragt haben.

