

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)
 Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe -**

1	Die Unterstützung soll erfolgen : <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform, Name der besonderen Wohnform _____	Aufnahmetag: _____
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: _____
4	Die Beschäftigung bzw. Unterstützung soll erfolgen: <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.
----------	---

9	Die Unterstützung erfolgt <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> auf Antrag des/der <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Vormunds <input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> aufgrund folgender Rechtsgrundlage _____ Az. des Gerichts: _____ <small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>
----------	--

Angaben zur antragstellenden Person

10	Name:		
11	Vorname:		
12	Ggf. Geburtsname:		
13	Straße, Hausnummer:		
14	PLZ:	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme:	
15	Telefon:	Fax:	E-Mail-Adresse:
16	Geb.-Datum:	Geschlecht: (m/w/d)	Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):
17	Geburtsort und -kreis:		
18	Ausgeübter Beruf:		
20	Arbeitgeber:		
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!)		

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	_____	_____	_____

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

34	Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?
	<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!)
36	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?
	<input type="checkbox"/> Nein
37	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Anspruch gegen Dritte

38	Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?
	<input type="checkbox"/> Nein
	Name, Anschrift: _____ Versicherungs-Nr.: _____
39	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
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
	Name, Anschrift: _____ Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.: _____
45	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
46	Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?
	<input 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, _____ _____

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

Einkommensverhältnisse,

Zur Berechnung des Eigenbeitrages einer volljährigen antragstellenden Person ist es wichtig zu erfahren, ob sie zum Zeitpunkt der beantragten Leistung in einem gemeinsamen Haushalt mit einem Ehegatten, einem/einer eingetragene/r Lebenspartner/in, einem/einer Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft gelebt hat. Dafür ist die Anlage E1 auszufüllen. Bei minderjährigen unverheirateten Kindern ist die Anlage E2 zu nutzen und um die Angaben der Eltern zu ergänzen. Sie sind jeweils Bestandteil dieses Antrages.

Vermögensverhältnisse,

Hierfür ist Anlage V auszufüllen. Sie ist Bestandteil dieses Antrages.

Erklärung der antragstellenden Person oder des/der rechtlichen Vertreters/in, falls diese/r Antragsteller/in ist:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialleistung erforderlich ist.

Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des LWV Hessen nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X (hier abrufbar: <https://www.lwv-hessen.de/datenschutzerklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-sgb/>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreters/in/Vormund bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Fax:

E-Mail-Adresse:

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 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.
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 Vorvorjahres	Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	€ 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	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>Beantragte Leistung: Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	---

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

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

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.: _____ 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>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)

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	<p><input type="checkbox"/> folgendes Vermögen <input type="checkbox"/> veräußert: <input type="checkbox"/> übertragen: <input type="checkbox"/> verschenkt:</p> <p>Bezeichnung: Wert: Datum: an (Name, Anschrift):</p> <p>_____</p> <p>(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)</p>