

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe -

VORBLATT GEGH

Zeichen des LWV Hessen (falls bekannt)

Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegenden vordruckmäßigen Eingliederungshilfeantrag erhalten Sie mit der Bitte um baldige Entscheidung.
(Raum für weitere Mitteilungen):

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname:

Anschrift (Straße,
Hausnummer, PLZ,
Wohnort)

Telefon:

Fax:

E-Mail-Adresse:

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

1	Name:		Ggf. Geburtsname:	
	Vorname:			
2	Geburtsdatum:			
	Geburtsort und -kreis:			
3	Geschlecht: (m/w/d)		Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):	
	Straße, Hausnummer:			
4	PLZ:		Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme:	
	Telefon: (mobil): E-Mail-Adresse: Fax:			
Bitte mindestens eine Telefonnummer angeben!				

Im weiteren Verfahren ist eine Beratung über mögliche Leistungsanbieter und andere Unterstützungsmöglichkeiten im Sozialraum und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Leistungsanbietern vorgesehen.

8	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Unterstützung in folgenden Bereichen (Mehrfachauswahl möglich)		
	<input type="checkbox"/> Wohnen/Haushalt führen	<input type="checkbox"/> Alltag gestalten	<input type="checkbox"/> mit anderen Menschen umgehen
	<input type="checkbox"/> Arbeiten und Lernen	<input type="checkbox"/> Körperpflege/Gesundheit	<input type="checkbox"/> weitere (bitte eintragen)
	▶		
	▶		
	▶		

Es ist nicht erforderlich, bereits in diesem Antrag konkrete Wünsche/Vorstellungen anzugeben, in welcher Form und durch wen die Unterstützung erfolgen soll.

9	<input type="checkbox"/> Ich habe folgende konkrete Wünsche/Vorstellungen für die beantragte Unterstützung		
10	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform	Name und Anschrift (der besonderen Wohnform/ Leistungsanbieter Betreutes Wohnen/Pflegefamilie):	(voraussichtlich) ab:
11	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Betreuten Wohnens		
12	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien)		
13	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen/andere Leistungsanbieter	Name und Anschrift (Werkstatt/anderer Leistungs- anbieter/Arbeitgeber):	(voraussichtlich) ab:
14	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Budgets für Arbeit/ Budgets für Ausbildung <small>(hier ergänzend Anlage THA - LWV 01-3-204 - ausfüllen)</small>		
15	<input type="checkbox"/> in der Tagesförderstätte	Name und Anschrift (der Tagesförderstätte/der Tagesstätte/der besonderen Wohnform):	(voraussichtlich) ab:
	<input type="checkbox"/> in der Tagesstätte		
	<input type="checkbox"/> in einer Tagesstruktur in besonderen Wohnformen		

16 Weitere Teilhabeleistungen:

z. B. zur Aufrechterhaltung des Haushaltes; Leistungen zur Beförderung; Versorgung mit Hilfsmitteln. Benötigt wird:

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)

17 Ich erhalte bereits Unterstützung

durch wen? _____

wobei? _____

von wem wird das finanziert? _____

18 Ich beantrage die aus Zeile 10, 11, 12, 13, 15 und 16 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.

19 Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfeleistungen bekommen?

Nein

Ja, Name und Anschrift der Bewilligungsbehörde: _____

20 Die Unterstützung erfolgt

freiwillig

auf Antrag des/der Personensorgeberechtigten Vormunds Betreuers/Betreuerin

Bevollmächtigten

aufgrund folgender Rechtsgrundlage _____ Az. des Gerichts: _____
(bitte angeben, z. B.: § 1831 BGB)

Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Betreuerausweis/Vollmacht beifügen!)

21 Nein eingeleitet am: _____

22 Ja, Name, Anschrift: _____

23 Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____

24 Bestellung durch Amtsgericht: _____
(Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)

Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt?

25 Nein

26 Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____

27 - beantragt am: _____ bei: _____

**(Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen!
Bei Antrag auf Budget für Arbeit, bitte ebenfalls Kopie des Feststellungsbescheid beifügen!)**

Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt?

28 Nein

29 Ja, am: _____ Ergebnis: _____
(Bitte 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 5/6) übereinstimmt):

30 von _____ bis _____ Straße, Ort _____

31 _____

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

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

Anspruch gegen Dritte

36	Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Nein Name, Anschrift: _____ Versicherungs-Nr.: _____
37	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
38	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> als Fam.-Angehörige/r des/der _____
39	<input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V
40	Ist bereits ein Pflegegrad (PG) festgesetzt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5 (Bitte Kopie des Bescheides über die Festsetzung des Pflegegrades und sofern vorhanden, Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes beifügen!)
41	Wurde dort die Kostenübernahme beantragt? <input type="checkbox"/> Nein
42	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
43	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.: _____
44	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____ Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?
45	<input type="checkbox"/> Nein
46	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
47	Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? <input type="checkbox"/> Nein
48	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben!) <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche geltend gemacht gegen: _____ am: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (Bitte Namen und Anschrift des Schädigers und, falls bekannt, auch dessen Haftpflichtversicherung angeben!)
49	Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den/der Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben) <input type="checkbox"/> Nein
50	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____

Angaben zu Angehörigen

im Haushalt lebende/r Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in

51	Name:	Ggf. Geburtsname:	
52	Vorname:	Geburtsdatum:	
53	Telefon: _____ (mobil): _____	E-Mail-Adresse:	Fax:
54	ausgeübter Beruf:		
55	Arbeitgeber:		

Kind(er) (im Haushalt lebend)

	Ggf. abweichender Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	(für weitere Kinder bitte gesonderte Aufstellung beifügen)	
56				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
57				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
58				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
59				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
60				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos

Eltern (nur bei minderjährigen Antragstellern)

	Vater	Mutter
61	Name, ggf. Geburtsname:	
62	Vorname:	
63	Geburtsdatum:	
64	ggf. Sterbedatum:	
65	Straße, Haus-Nr.:	
66	PLZ, Wohnort:	
67	Telefon/Mobil/Fax:	
68	E-Mail-Adresse:	
69	ausgeübter Beruf:	
70	Arbeitgeber:	

Einkommensverhältnisse

(Wichtig: Bitte fügen Sie Belege bei!)

Wird eine Leistung für ein **minderjähriges unverheiratetes Kind** beantragt, entfällt die Beantwortung der Zeilen 71 bis 81.
Verwenden Sie stattdessen bitte unbedingt die Anlage E (Kinder)!

71 Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII (z. B. Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung) oder Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (WoGG) oder Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)?

72 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 (vorletztes Kalenderjahr)

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!

73	Einkünfte (brutto) 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

74 Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Belege beifügen und erhebliche Abweichung begründen!

75 Wurde eine **Rente**, eine Lohnersatzleistung (**z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Übergangsgeld**) oder eine andere Sozialleistung (**z. B. Bürgergeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII**) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

Nein

Ja, und zwar

Beantragte Leistung: Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:

Ausgaben/Werbungskosten (Bitte Belege beifügen!)

76		Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
77	<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	€ jährlich	€ jährlich
78	<input type="checkbox"/> Aufwendungen für Arbeitsmittel	€ jährlich	€ jährlich
79	<input type="checkbox"/> Beiträge für Berufsverbände	€ jährlich	€ jährlich
80	<input type="checkbox"/> Beiträge für Versicherungen	€ jährlich	€ jährlich
81	<input type="checkbox"/> Sonstiges	€ jährlich	€ jährlich

Vermögensverhältnisse

der antragstellenden Person sowie bei minderjährigen unverheirateten Kindern die der Eltern.

(Wichtig: Bitte fügen Sie Belege bei!)

82	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze/n folgendes Vermögen (Bitte Belege beifügen!)
83	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!): IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____ _____ Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens): _____ IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____ _____ Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens): _____ IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____ _____ Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens): _____ (Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)
84	b) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):

85	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum: Anschrift: _____ Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____ Grundstücksgröße in qm: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
86	d) Sonstiger Grundbesitz: Art, Lage, Verkehrswert: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
87	e) Sonstiges Vermögen (z. B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche, Pflichtteilsansprüche)

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre	
88	<input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.
89	<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!)

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. Bei minderjährigen unverheirateten Kindern ist die Anlage E(Kinder) zu nutzen und um die Angaben der Eltern zu ergänzen. 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 §§ 60 - 67 SGB I 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/ihres rechtlichen Vertreters/in/Vormund
bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist
