



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfen gemäß §§ 53-60 Sozialgesetzbuch Teil XII (SGB XII)

Landeshauptstadt Wiesbaden
 Der Magistrat
 Amt für Soziale Arbeit
 Abt. Altenarbeit
 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
 Konradinallee 11
 65189 Wiesbaden

Aktenzeichen: 510605.

Eingang:

- Autismustherapie
 Nachmittagsbetreuung
 Tagesstätte über 65
 Studienassistentz
 Behindertengerechte Umbauten
 Persönliches Budget
 Hilfsmittel
 Sonstige Hilfen

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Leistungen entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihrer Haushaltsangehöriger benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Antrages benötigen, wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren Sachbearbeiter.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

E I N G A N G:	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
Telefon (Angabe freiwillig)		
Geburtsdatum und -ort		
Rentenversicherungs-Nr.		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern Aufenthaltsstatus. Bei Deutschen Anerkennung als Spätaussiedler?		
Betreuer(in) mit Anschrift (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)		
Voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil		
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Aufenthaltsverhältnisse vor der Heimaufnahme?	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:

Werden Sie im Rahmen des <u>BETREUTEN WOHNES</u> unterstützt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kostenträger angeben:
---	---

Antrag auf Eingliederungshilfen

Haben Sie bereits Leistungen vom Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann?
Haben Sie bereits Leistungen vom Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann?

2. Familienanamnese

Bestehen Krankheiten oder Behinderungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls ja: Art der Krankheit/ Behinderung	
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen + Bescheid vom Versorgungsamt)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein
Merkzeichen G oder aG ? GdB? %	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG ? Prozent der Behinderung? %

Seit wann leiden Sie an der Krankheit/ Behinderung?		
Liegen aktuelle Atteste vor? Wenn ja, bitte vorlegen.		
Hat sich Ihre Krankheit/ Behinderung in den letzten Jahren verschlechtert oder verbessert?		
Ist Ihre Krankheit/ Behinderung durch einen Unfall verursacht worden und bestehen evtl. Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten?		

3. Hilfsmittel

Welches Hilfsmittel wird genau benötigt?	
Wofür wird das Hilfsmittel benötigt?	
Nur bei KFZ Hilfen: - Wird das KFZ auch für private Wege (z.B. Arbeitsweg) genutzt? - Wie ist das ungefähre Verhältnis zwischen privater Nutzung und erforderlicher Nutzung (z.B. Arztbesuche)? - Inwieweit besteht die Möglichkeit der Nutzung eines Behindertenfahrdienstes/ Krankentaxi?	
Wird das Hilfsmittel vom Arzt befürwortet? (bitte Nachweise vorlegen)	

4. Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Leistungs- bzw. Ablehnungsbescheid beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Policen beilegen!)

Bei welcher Krankenkasse/ Pflegeversicherung sind Sie versichert?		
Zahlt die Krankenkasse einen Zuschuss zum Hilfsmittel?		

5. Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	
Sofern nicht auf Seite 1 angegeben Name, Vorname, Geburtsdatum und Stellung zum / zur Antragsteller(in)		
Wohnfläche: m ²	Baujahr des Hauses:	
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		

Antrag auf Eingliederungshilfen

davon Kaltmiete:	
Nebenkosten:	
Enthalten die oben genannten Beträge - Kosten für Haushaltsstrom?	
- Kosten für Warmwasserbereitung?	

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	-----	--	--	-------------------------------------

5.1 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -

Höhe der monatlichen Kosten:	EUR	Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Sonstige Art
Enthalten die oben genannten Beträge - Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:			EUR
- Kosten für Warmwasserbereitung?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:			EUR

5.2 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!	
Besitzen, bewohnen und/ oder vermieten Sie Wohnungs-/ Hauseigentum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, - Anschrift der Immobilie? - Handelt es sich um ein Ein- oder Mehrfamilienhaus? - Aktueller geschätzter Verkehrswert? - Einheitswert gemäß Steuerbescheid?	

6. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung)

	1. Person	2. Person
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einkommen	Mtl. Betrag <u>Nicht</u> monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag <u>Nicht</u> monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfB)				
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Selbstständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminde- rung, Alter, Unfall , landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzu- schuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Betriebs- rente o.ä.)				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) oder Leistungen der Grundsicherung bei Alter oder Er- werbsminderung (SGB XII)				
Leistungen der Arbeitsförde- rung (SGB III, z.B. Arbeitslo- sengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente (aus privatrechtlichen Ansprüchen), Pflegegeld)				
Sonstige Einkünfte (z.B. Zins- einnahmen, Betriebskostengut- haben, sonst. Sozialleistungen)				
Sonstige Einkünfte				

Antrag auf Eingliederungshilfen

Letzter Arbeitgeber (bei Bezug von Witwenrente bitte auch den letzten Arbeitge- ber des Ehegatten)				
Bestehen Schadensersatzan- sprüche oder Leistungen aus einer Versicherung?				

7. Vermögen: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

	1. Person	2. Person
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.1 Vermögenswerte vorhanden (Bitte Nachweise beifügen!)

Art des Vermögens	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen)				
Wertpapiere / Aktien				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen). Wer ist der Begünstigte im Todesfall?				
Immobilie				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertrags- verträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
Hausratversicherung				
Haftpflichtversicherung				
Unfallversicherung				
Bausparverträge				
Sterbeversicherung				
Sonstiges Vermögen				
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertra- gen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?	

8. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers
--

9. Schulischer/ beruflicher Werdegang: (nur auszufüllen, wenn Studienassistentz oder Lernhilfen beantragt werden)

Schulbesuch			
Schulart			
Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berufsausbildung			
Berufsausbildung als			
Abschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sozialversicherungspflichtige Arbeitsver- hältnisse in den letzten 3 Jahren			
Zeitraum / beschäftigt als	von: bis:	von: bis:	
Zeitraum / beschäftigt als	von: bis:	von: bis:	
Zeitraum / beschäftigt als	von: bis:	von: bis:	
Bei Arbeitslosigkeit			
Kündigungsgrund			

Antrag auf Eingliederungshilfen

Führerschein	Klasse:	Klasse:
Besondere zusätzlich erworbene Qualifikationen (z.B. durch Besuch von Lehrgängen, Hobbys)		

Antragsbegründung

Antrag auf Eingliederungshilfen

Erklärung

Den Antrag auf Eingliederungshilfen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Ich werde Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.
- Ich wünsche die Kontaktaufnahme zur Altenberatungsstelle. Ich bin unter der Telefonnummer _____ erreichbar.

Datum

Datum

Datum

1. Person	Unterschrift
-----------	--------------

2. Person	Unterschrift
-----------	--------------

	Unterschrift Sachbearbeitung
--	------------------------------