

# Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Form von Leistungen zur

- medizinischen Rehabilitation (Teil 2 Kapitel 3 SGB IX)
- Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2 Kapitel 4 SGB IX)
- Teilhabe an Bildung (Teil 2 Kapitel 5 SGB IX)
- Sozialen Teilhabe (Teil 2 Kapitel 6 SGB IX)

Nähere Begründung des Antrages (siehe auch Abschnitt 9)

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. 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 § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

## 1. Angaben zur Antragsteller/in und zur Partnerin bzw. Partner (Ehegatte, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in)

|  | Antragsteller/in  | Partner/in  |
|--|---|---|
| Familienname   |   |   |
| ggf. Geburtsname   |   |   |
| Vorname(n)   |   |   |
| Geburtsdatum   |   |   |
| Geburtsort   |   |   |
| Wohnanschrift  |   |   |
| Geschlecht   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers   |
| Telefon-Nr.  |   |   |
| E-Mail   |   |   |
| Familienstand  | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft *)<br><input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft *)<br><input type="checkbox"/> verwitwet |
|  | seit  | seit  |
| Staatsangehörigkeit  |   |   |
| Bei Ausländern<br>aufenthaltsrechtl. Status  |   |   |
| – Duldung  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis   |
| – Niederlassungserlaubnis  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis   |
| – Aufenthaltserlaubnis   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis   |
| Leistungsberechtigt nach<br>§ 1 Asylbewerberleistungsgesetz  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Art des Ausweisdokuments   |   |   |
| Nummer des Ausweisdokuments  |   |   |
| Bei Kindern, die ab Geburt<br>über Tag und Nacht in einer<br>Einrichtung betreut werden:<br>Aufenthalt der Mutter in den<br>letzten 2 Monaten vor Eintritt<br>in die Einrichtung |   |   |

|  | Antragsteller/in              |  | Partner/in                    |  |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid<br>(bitte Ärztliches Gutachten beifügen) | <input type="checkbox"/> ja   | GdB _____<br>Merkzeichen _____<br>Schwerbehindertenausweis _____ | <input type="checkbox"/> ja   | GdB _____<br>Merkzeichen _____<br>Schwerbehindertenausweis _____ |
|  | <input type="checkbox"/> nein |  | <input type="checkbox"/> nein |  |
| Gesetzlicher Betreuer  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                    | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                    |
| Wenn ja, Name und Anschrift des Betreuers  |                               |  |                               |  |

**2. Angaben zu den im selben Haushalt lebenden Eltern der minderjährigen antragstellenden Person**

|   | Mutter   | Vater  |
|---|--|--|
| Familienname  |  |  |
| ggf. Geburtsname  |  |  |
| Vorname(n)  |  |  |
| Geburtsdatum  |  |  |
| Geburtsort  |  |  |
| Familienstand   |  |  |
| Wohnanschrift   |  |  |
| Staatsangehörigkeit   |  |  |
| Einkommen in Höhe von   | EUR  | EUR  |
|   | Kind   | Kind   |
| Familienname  |  |  |
| ggf. Geburtsname  |  |  |
| Vorname(n)  |  |  |
| Geburtsdatum  |  |  |
| Geburtsort  |  |  |
| Familienstand   |  |  |
| Wohnanschrift   |  |  |
| Staatsangehörigkeit   |  |  |
| Einkommen in Höhe von   | EUR  | EUR  |
|   | Antragsteller/in   | Partner/in   |
| Unterhaltsansprüche gegen geschiedene/getrennt lebende Ehepartner | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                |
|   | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet                  | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet                  |
|   | <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht     | <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht     |
|   | <input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen) | <input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen) |
|   | <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)      | <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)      |

**3. Einkommensverhältnisse**

**Maßgeblich ist Summe der Einkünfte des Vorvorjahres nach § 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes. Bitte legen Sie den Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres vor. Wenn dieser vorliegt, dann müssen Sie in den Abschnitten 3. und 4. keine weiteren Angaben machen.**

**Bei Renteneinkünften ist die im Rentenbescheid ausgewiesene Bruttorente des Vorvorjahres anzugeben. Bitte legen Sie den Rentenbescheid des Vorvorjahres vor. Wenn dieser vorliegt, dann müssen Sie in den Abschnitten 3. und 4. keine weiteren Angaben machen. Bitte füllen Sie die Abschnitte 3. und 4. auch aus, wenn erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorvorjahres zu erwarten sind.**

|   | Antragsteller/in   | Partner/in   |
|---|--|--|
| Sind erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorjahres zu erwarten? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit                                |  |  |
| – Gewerbe/Handel/Freiberufe   | EUR  | EUR  |
| – Land- und Forstwirtschaft   | EUR  | EUR  |
| – Vermietung und Verpachtung  | EUR  | EUR  |
| Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)                                 | EUR  | EUR  |
| Sonstige Einkünfte  | EUR  | EUR  |
| Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II                            | EUR  | EUR  |
| Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit                                | EUR  | EUR  |
| Leistungen der Pflegeversicherung   | EUR  | EUR  |
| Leistungen der Krankenversicherung  | EUR  | EUR  |
| Kindergeld  | EUR  | EUR  |
| Unterhalt nach BGB / LPartG   | EUR  | EUR  |
| Unterhaltsvorschuss nach UVG  | EUR  | EUR  |
| Unterhaltssicherung nach USG  | EUR  | EUR  |
| Renten / Pensionen  |  |  |
| – Leibrente   | EUR  | EUR  |
| – Altersrente   | EUR  | EUR  |
| – Erwerbsminderungsrente  | EUR  | EUR  |
| – Witwen- / Witwerrente   | EUR  | EUR  |
| – Waisenrente   | EUR  | EUR  |
| – Landwirtschaftl. Altersgeld   | EUR  | EUR  |
| – Knappschaftsrente   | EUR  | EUR  |
| – Betriebsrente   | EUR  | EUR  |
| – Zusatzrente   | EUR  | EUR  |
| – Unfallrente   | EUR  | EUR  |
| – Pensionen   | EUR  | EUR  |
| BAföG-Leistungen  | EUR  | EUR  |
| Blindengeld   | EUR  | EUR  |
| Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler                         | EUR  | EUR  |
| Übergangsgeld   | EUR  | EUR  |
| Sonstiges   | EUR  | EUR  |

#### 4. Vom Einkommen absetzbare Beträge

|                             | Antragsteller/in | Partner/in |
|-----------------------------|------------------|------------|
| Steuern auf Einkommen       | EUR              | EUR        |
| Kranken-/Pflegeversicherung | EUR              | EUR        |
| Arbeitslosenversicherung    | EUR              | EUR        |
| Rentenversicherung          | EUR              | EUR        |

|   | Antragsteller/in | Partner/in |
|---|------------------|------------|
| Altersvorsorgebeiträge                          | EUR              | EUR        |
| Hausratversicherung                             | EUR              | EUR        |
| Haftpflichtversicherung                         | EUR              | EUR        |
| Lebensversicherung                              | EUR              | EUR        |
| Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens       |                  |            |
| – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle                 | EUR              | EUR        |
| – Benutztes Verkehrsmittel                      |                  |            |
| – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | km               | km         |

### 5. Vermögensverhältnisse (bitte jeweils Nachweise beifügen)

|  | Antragsteller/in  | Partner/in  |
|--|---|---|
| Bargeld  | EUR   | EUR   |
| Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen)   | EUR   | EUR   |
| Wertpapiere / Aktien   | EUR   | EUR   |
| Forderungen  | EUR   | EUR   |
| Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)                                      | EUR   | EUR   |
| Patentrechtliche Vermögenspositionen   | EUR   | EUR   |
| Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen) | EUR   | EUR   |
| Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)   | EUR   | EUR   |
| Kraftfahrzeug(e)   | EUR   | EUR   |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)  | EUR   | EUR   |
| Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)                                  | EUR   | EUR   |
| Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte   | EUR   | EUR   |
| Sonstiges Vermögen   | EUR   | EUR   |
| Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte übertragen?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, in welcher Höhe?  | EUR   | EUR   |

### 6. Mögliche Ansprüche gegenüber Dritten (bitte jeweils Nachweise beifügen)

|  | Antragsteller/in | Partner/in |
|--|------------------|------------|
| Ansprüche gegen Dritte, z. B. Leibrenten, Bereicherungsansprüche nach BGB, Forderungen aus Verträgen, Pflichtteilsansprüche, Öffentlich-rechtliche Ansprüche, Leistungen aus Versicherungsverträgen, Rückforderungsanspruch gem. § 528 I BGB |                  |            |

## 7. Persönliche Lebenssituation

|  | Antragsteller/in   | Partner/in   |
|--|--|--|
| Bewohner einer besonderen Wohnform oder einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft<br>Falls ja, wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor Einzug in die besondere Wohnform / ambulant betreute Wohn-gemeinschaft gewohnt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde bereits ein Verfahren zur Ermittlung der Teilhabebedarfe durchgeführt?<br>Falls ja, durch welche Behörde? (Bitte Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung beifügen)  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Wurde bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durch-geführt? (Bitte frühere Hilfepläne bzw. Teilhabe- und Gesamtpläne beifügen.)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Erfolgte bereits eine Beratung durch eine ergänzende unab-hängige Teilhabeberatungsstelle (EUTB)?<br>Falls ja, durch welche?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

## 8. Sonstiges

|  | Antragsteller/in   | Partner/in   |
|--|--|--|
| Wurden schon einmal Leistungen der EGH beantragt?<br>Falls ja, bei welcher Behörde?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Wurden in den letzten 6 Monaten Leistungen der EGH bezogen?<br>Falls ja, bei welcher Behörde? (Bitte Bewilligungsbescheid vorlegen)  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Wurden andere Leistungen beantragt oder bewilligt (z.B. ALG II, Sozialgeld, HLU nach dem Dritten Kap. SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt)?<br>Falls ja, wann und bei welcher Behörde? (Bitte Bewilligungsbescheid bzw. gestellten Antrag vorlegen.) | <input type="checkbox"/> ja<br>Leistungsart _____<br>Beantragt am _____<br>Bewilligt von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja<br>Leistungsart _____<br>Beantragt am _____<br>Bewilligt von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> nein  |
| Kranken-/Pflegeversicherung  | <input type="checkbox"/> Pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> Familienversichert<br><input type="checkbox"/> Als Rentner versichert<br><input type="checkbox"/> Privat versichert<br><input type="checkbox"/> Freiwillig gesetzlich versichert<br><input type="checkbox"/> Nicht versichert | <input type="checkbox"/> Pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> Familienversichert<br><input type="checkbox"/> Als Rentner versichert<br><input type="checkbox"/> Privat versichert<br><input type="checkbox"/> Freiwillig gesetzlich versichert<br><input type="checkbox"/> Nicht versichert |
| Name und Anschrift der Krankenkasse  |  |  |
| Versicherungsnummer  |  |  |

## 9. Nähere Angaben zur beantragten Leistung

|   |   |
|---|---|
| Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistung zur medizinischen Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe<br><input type="checkbox"/> Früherkennung und Frühförderung für Kinder<br><input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandsmittel<br><input type="checkbox"/> Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung<br><input type="checkbox"/> Hilfsmittel<br><input type="checkbox"/> Belastungserprobung und Arbeitstherapie<br><input type="checkbox"/> Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen<br><input type="checkbox"/> Andere Leistung:<br>_____ |
| Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung                                     | _____   |
| Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben   | <input type="checkbox"/> Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen<br><input type="checkbox"/> Leistungen bei anderen Leistungsanbietern<br><input type="checkbox"/> Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern   |
| Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung                                     | _____   |
| Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistung zur Teilhabe an Bildung          | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Schulbildung, insb. im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu<br><input type="checkbox"/> Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf  |
| Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung                                     | _____   |
| Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistung zur Sozialen Teilhabe            | <input type="checkbox"/> Leistungen für Wohnraum<br><input type="checkbox"/> Assistenzleistungen<br><input type="checkbox"/> Heilpädagogische Leistungen<br><input type="checkbox"/> Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie<br><input type="checkbox"/> Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten<br><input type="checkbox"/> Leistungen zur Förderung der Verständigung<br><input type="checkbox"/> Leistungen zur Mobilität<br><input type="checkbox"/> Hilfsmittel<br><input type="checkbox"/> Besuchsbeihilfen<br><input type="checkbox"/> Andere Leistung:<br>_____   |
| Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung                                     | _____   |
| Leistungsform   | <input type="checkbox"/> Übernahme von Leistungen in Diensten oder Einrichtungen<br><input type="checkbox"/> Persönliches Budget  |

## 10. Bankverbindung

|   |     |
|---|-----|
| Name und Sitz des Geldinstituts   |     |
| IBAN  | BIC |
| Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich) |     |

### Erklärung des Antragstellers und seines/ihres Ehegatten / Lebenspartners / Partner eheähnliche Gemeinschaft

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Eingliederungshilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Eingliederungshilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Eingliederungshilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf sie diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

|            |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

|   |
|---|
| Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters |
|---|

|  |
|--|
| Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft |
|--|

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

|                            |
|----------------------------|
| Unterschrift Antragsteller |
|----------------------------|

|                               |
|-------------------------------|
| Unterschrift des Aufnehmenden |
|-------------------------------|

### Stellungnahme Wohnsitzgemeinde

(nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht)

Vorstehende Angaben entsprechen  der Wahrheit  nicht der Wahrheit

Die Notlage wird  anerkannt  nicht anerkannt

Wenn die Notlage verneint wird, für nähere Bemerkungen bitte Beiblatt verwenden.

|            |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

Mit  Anlagen an  
die Stadt / das Landratsamt / den Landkreis

|       |
|-------|
| I. A. |
|-------|

|  |
|--|
|  |
|--|