



Landratsamt Vogtlandkreis
Sozialamt
SG Pflege/Eingliederungshilfe SGB XII/
Sonstige soziale Leistungen
Postplatz 5
08523 Plauen

Eingangsstempel

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

Leistungen zur sozialen Teilhabe
Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Antragsteller/in
(Hilfebedürftige/r)

Vorname	Nachname
---------	----------

Anschrift

PLZ	Ort	Land
-----	-----	------

Straße	Hausnummer
--------	------------

Telefonnummer	Faxnummer
---------------	-----------

E-Mail

Steuer-Identifikations-Nummer

Betreuer/in
Bevollmächtigte/r
(*bitte Nachweis beifügen*)

Vorname	Nachname
---------	----------

Anschrift

PLZ	Ort	Land
-----	-----	------

Straße	Hausnummer
--------	------------

Telefonnummer	Faxnummer
---------------	-----------

E-Mail

Antrag Eingliederungshilfe - 02/2020

Bis auf Widerruf erfolgt eine Aushändigung bzw. Übersendung aller Schriftstücke an vorgenannte Person: Ja Nein

Die Bearbeitung der Anträge erfolgt im Rahmen eines digitalisierten Verfahrens.
Aufgrund dessen bitten wir Sie um Einreichung von Nachweisen ausschließlich in Kopie.

Hinweis:

Von Ihnen eingereichte Papierunterlagen werden nach Überführung in die eAkte und einer Aufbewahrungszeit von 3 Monaten vernichtet.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Hinweis: Die Datenerhebung erfolgt gemäß SächsDSG i.V.m. Zweites Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz.

I. Persönliche Verhältnisse

	1. Antragsteller (in)	2. Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Partner der eheähnlichen Gemeinschaft/ bei minderjährigen Leistungsberechtigten Angaben über Vater und Mutter	
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
PLZ/Wohnort			
Straße/Hausnr.			
Wohnanschrift in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in eine Betreuung über Tag und Nacht (Hauptwohnsitz)			
Familienstand <small>(ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, getrennt lebend, in eigetr. Lebenspartnerschaft)</small>	Seit	Seit	Seit
Bei Scheidung - Datum des Urteils <i>(bitte Nachweise beifügen)</i>			
Unterhaltsregelungen/Vaterschaftsanerkennung <i>(bitte Nachweise beifügen)</i>	Ja Nein auf Unterhalt wurde verzichtet Unterhaltsanspruch bereits geltend gemacht Unterhaltsanspruch bereits tituliert Unterhalt wird gezahlt	Ja Nein auf Unterhalt wurde verzichtet Unterhaltsanspruch bereits geltend gemacht Unterhaltsanspruch bereits tituliert Unterhalt wird gezahlt	Ja Nein auf Unterhalt wurde verzichtet Unterhaltsanspruch bereits geltend gemacht Unterhaltsanspruch bereits tituliert Unterhalt wird gezahlt
Staatsangehörigkeit			
In Deutschland lebend seit der Geburt (oder Einreisejahr)	Ja Einreisejahr Nein <input type="text"/>	Ja Einreisejahr Nein <input type="text"/>	Ja Einreisejahr Nein <input type="text"/>
Ausländerrechtlicher Status	gültig bis:	gültig bis:	gültig bis:
Leistungsberechtigt nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Schwerbehindertenausweis <i>(bitte Kopie sowie Ärztliches Gutachten beifügen)</i>	Ja Nein beantragt	Ja Nein beantragt	Ja Nein beantragt
Person des Vertrauens Name und Anschrift:	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

II. Persönliche Verhältnisse weiterer im Haushalt lebender Personen

	3.	4.	5.
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand <small>(ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, getrennt lebend, in eigetr. Lebenspartnerschaft)</small>	Seit	Seit	Seit
Persönliche Stellung zur nachfragenden Person			
Staatsangehörigkeit			
Ausländerrechtlicher Status			

III. Kranken- und Pflegeversicherung

Antragsteller (in)	Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer
Es handelt sich um eine Pflichtversicherung Familienversicherung über Versicherung als Rentner keine Versicherung private Versicherung <i>(bitte Nachweise beifügen)</i> freiwillige Versicherung <i>(bitte Nachweise beifügen)</i>	Es handelt sich um eine Pflichtversicherung Familienversicherung über Versicherung als Rentner keine Versicherung private Versicherung <i>(bitte Nachweise beifügen)</i> freiwillige Versicherung <i>(bitte Nachweise beifügen)</i>

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

3	4	5
nachfragende Person	nachfragende Person	nachfragende Person
eigene Versicherung	eigene Versicherung	eigene Versicherung
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse

Ausfüllhinweise für Punkt IV. und V.:

1. Maßgeblich ist die **Summe der Einkünfte des Vorvorjahres** nach § 2 Absatz 2 Einkommenssteuergesetz. - **Vorlage des Einkommenssteuerbescheides für das Vorvorjahr ist notwendig.**
Liegt dieser Bescheid vor, so sind in den Punkten IV. und V. keine weiteren Angaben zu machen.
2. **Bei Renteneinkünften ist die im Rentenbescheid ausgewiesene Bruttorente des Vorvorjahres** anzugeben. - **Vorlage des Rentenbescheides für das Vorvorjahr ist notwendig.**
Liegt dieser Bescheid vor, so sind in den Punkten IV. und V. keine weiteren Angaben zu machen.
3. Die Punkte IV. und V. sind auch dann auszufüllen, wenn **erhebliche Abweichungen** zu den **Einkünften des Vorvorjahres zu erwarten sind**.

IV. Einkommen

Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- und Steuerpflicht unterliegen. **Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Verdienstabrechnungen etc.** Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben. Bitte auch angeben, wenn eine Leistung beantragt wird/wurde.

Nur ausfüllen, wenn kein Einkommensteuerbescheid bzw. Rentenbescheid vorliegt. - Nachweise sind vorzulegen

	Art des Einkommens (Beträge in €)	Antragsteller (in)		Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)		bei minderjährigen Antragstellern: im Haushalt lebende Eltern	
	Sind erhebliche Abweichungen zu den Einkünften aus dem Vorvorjahr zu erwarten?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Einkommen aus Arbeit/Studium,...	Arbeitseinkommen *)						
	Werkstatteinkommen						
	Krankengeld						
	Verletztengeld						
	Insolvenzgeld						
	BAföG-Leistungen						
	Berufsausbildungsbeihilfe						
Einkommen im Zusammenhang mit Kindern	Mutterschaftsgeld						
	Elterngeld						
	Kindergeld						
	Unterhalt						
	Unterhaltsvorschuss						
Soziale Leistungen	Arbeitslosengeld I						
	Arbeitslosengeld II						
	Sozialgeld						
	Landesblindengeld						

***) Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.**

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

	Art des Einkommens	Antragsteller (in)	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)	bei minderjährigen Antragstellern: im Haushalt lebende Eltern
Soziale Leistungen	Pflegegeld			
	Versorgungsleistungen nach Bundesversorgungsgesetz			
	Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz			
Renten	Altersrente			
	Erwerbsminderungsrente			
	Witwen-/ Witwerrente			
	Waisenrente			
	Betriebsrente			
	Auslandsrente			
	Sonstige Rente			
	Pensionen			
Sonstige Einkommen	Kapitalerträge (z.B. Zinsen)			
	Miet- und Pachteinnahmen			
	Art des Einkommens:			
	Art des Einkommens:			

Haben Sie ausländische Rentenansprüche? Nein Ja, Höhe der Ansprüche: €

V. Besondere Belastungen - Absetzbeträge

Bitte Nachweise der aktuellen Beitragsfestsetzung beifügen.

Nur ausfüllen, wenn kein Einkommensteuerbescheid bzw. Rentenbescheid vorliegt. - Nachweise sind vorzulegen

Art der Belastung (Beträge in €)	Antragsteller (in)	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)	bei minderjährigen Antragstellern: im Haushalt lebende Eltern
Steuer auf Einkommen			
Kranken- und Pflegeversicherung			
Arbeitslosenversicherung			
Rentenversicherung			
Staatlich geförderte (zertifizierte) Altersvorsorge			

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Art der Belastung (Beträge in €)	Antragsteller (in)	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)	bei minderjährigen Antragstellern: im Haushalt lebende Eltern
Hausratversicherung			
Haftpflichtversicherung			
Unfallversicherung			
Lebensversicherung			
Mit der Erzielung von Erwerbseinkommen verbund. Belastungen (genutztes Verkehrsmittel; Fahrtkosten; Entfernung zwischen der Wohnung und der Arbeitsstelle)	Verkehrsmittel: Fahrtkosten: € Wegstrecke: km	Verkehrsmittel: Fahrtkosten: € Wegstrecke: km	Verkehrsmittel: Fahrtkosten: € Wegstrecke: km
Sonstige Belastungen:			

VI. Angaben zum Vermögen

<u>Girokonto</u> <u>Bargeld</u> <u>Sparguthaben</u> <u>Anlagevermögen</u> <u>Sonstige Vermögenswerte</u>	Siehe Anlage A 4 (Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen)
--	--

VII. Ansprüche gegenüber Dritten

	Antragsteller (in)	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)
Haben Sie Ansprüche gegenüber Dritte? <small>(Beispiele: Leibrenten; Bereicherungsansprüche nach BGB; Forderungen aus Verträgen; Pflichtteilsansprüche; öffentlich-rechtliche Ansprüche; Leistungen aus Versicherungsverträgen; Rückförerungsanspruch gemäß § 528 I BGB)</small> (bitte Nachweise beifügen)	Nein Ja, Art und Höhe der Ansprüche:	Nein Ja, Art und Höhe der Ansprüche:

VIII. Aufenthaltsverhältnisse sowie Persönliche Lebenssituation

	Antragsteller (in)	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)
Sind Sie Bewohner einer besonderen Wohnform oder einer ambulant betreuten Wohnform?	Ja Nein Ja Nein	Ja Nein Ja Nein
Wenn Ja - Wohnanschrift in den letzten 2 Monaten vor Einzug in die Wohnform/Wohngemeinschaft (Hauptwohnsitz)		

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

	Antragsteller (in)	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)
Wurde bereits eine Verfahren zur Ermittlung des Teilhabebedarfes durchgeführt? Wenn Ja - Durch welche Behörde erfolgte die Ermittlung? <i>(bitte Ergebnis der Bedarfsermittlung beifügen)</i>	Ja Nein	Ja Nein
Wurde bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durchgeführt? <i>(bitte Hilfe-/Teilhabe-/Gesamtpläne beifügen)</i>	Ja Nein	Ja Nein
Erfolgte bereits eine Beratung durch eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstelle (EUTB)? Wenn Ja - Durch wen?	Ja Nein	Ja Nein
Haben Sie schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt? Wenn Ja - Bei welcher Behörde?	Ja Nein	Ja Nein
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfeleistungen bezogen? Wenn Ja - Von welcher Behörde? <i>(bitte Bwilligungsbescheid beifügen)</i>	Ja Nein	Ja Nein
Haben Sie andere Leistungen beantragt oder beabsichtigen Sie einen Antrag zu stellen? <small>(Beispiele: ALG II; Sozialgeld; HLU nach dem Dritten Kapitel SGB XII; Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)</small> <i>(bitte Bwilligungsbescheid bzw. Antrag beifügen)</i>	Nein Ja Leistungsart: Antragsdatum: Leistungszeitraum: Behörde:	Nein Ja Leistungsart: Antragsdatum: Leistungszeitraum: Behörde:

IX. Art und Form der beantragten Leistung

<u>Leistungsarten</u> medizinische Reha Teilhabe am Arbeitsleben Teilhabe am Bildung Soziale Teilhabe <u>Leistungsform</u> Leistungen in Form von Diensten oder Einrichtungen Persönliches Budget	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Siehe Anlage A 11</p> <p>(Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen)</p> </div>
--	---

Bankverbindung Die mir gewährten Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Name Kreditinstitut	
Name Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	

Bitte beachten Sie folgende Hinweise!

Wer Eingliederungshilfeleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch)

Für den Zeitraum Ihres Leistungsbezuges sind Sie verpflichtet, dem Träger der Hilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen. Sie sind angehalten, jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen.

Hat der Träger der Eingliederungshilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über, ggf. kann der Anspruchsübergang bewirkt werden.

Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Ausland keine Leistungen erhalten. Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret nachzuweisen, z. B. durch Vorlage von Reisedokumenten, Fahrplänen, Tankbelegen o.ä.
Ohne derartige Nachweise können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

Erklärung der/des Antragsteller/s

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Die beantragte Leistung kann vorläufig versagt oder ganz versagt werden, wenn ich Angaben verweigere und der Träger der Eingliederungshilfe auf Grund meiner Verweigerung nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung in Form der Eingliederungshilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).
Mir ist bekannt, dass ich mich wegen wissentlicher falscher bzw. unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen sowie zur Offenbarung personenbezogener Daten (§ 67 Sozialgesetzbuch 10. Buch), soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich habe Kenntnis von den datenschutzrechtlichen Informationen des Sozialamtes nach Artikel 13 Abs. 1 und 2 sowie Artikel 14 Abs. 1 und 2 der Datenschutzgrundverordnung.

Das entsprechende Informationsblatt "Sozialamt - DSGVO Informationspflichten" finden Sie unter der Rubrik "Formulare" auf der Internetseite des Landratsamtes.

Informationen, welche ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person gegenüber den Träger der Eingliederungshilfe gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt. Eine Weitergabe dieser Daten, welche im Zusammenhang mit einer Begutachtung zwecks der Erbringung der Leistungen der Eingliederungshilfe oder mittels der Ausstellung einer Bescheinigung erfasst wurden, darf in bestimmten Fällen erfolgen, jedoch nicht, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).
Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

**Zur Zeit besteht noch keine Möglichkeit für eine rechtssichere digitale Unterschrift.
Daher müssen Sie das vollständig ausgefüllte Formular ausdrucken und unterschrieben per Post oder persönlich abgeben.
Für die persönliche Abgabe nutzen Sie bitte den Bürgerservice.**

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller/in bzw.
gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Unterschrift des Ehegatten /
Lebenspartners / Lebensgefährten