



Landratsamt Vogtlandkreis \* Postfach 100308 \*  
08507 Plauen  
Besucheradresse:  
08523 Plauen, Postplatz 5  
**Amt für Jugend und Soziales**  
SG II Soziale Leistungen

Antrag ausgegeben am

Az:

Eingangsstempel:

## ANTRAG auf AUSGLEICHSLEISTUNGEN § 8 BerRehaG

Bitte füllen Sie diesen Antrag gut lesbar, entweder in Blockschrift oder mit der Schreibmaschine aus und beantworten Sie alle Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen oder ausfüllen.

**Alle Angaben im Antrag sind durch entsprechende Belege nachzuweisen**

(z.B. Meldebestätigung, Rehabilitierungsbescheinigung, Einkommensnachweise wie Verdienstbescheinigung der letzten drei Monate, Rentenbescheide, Versicherungspolicen, Mietvertrag etc.).

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung der Ausgleichsleistung erforderlich sind.

### 1. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	
Anschrift: _____	
Telefon: _____	
Ich weise mich aus durch	
PA-Nr.	_____
Pass-Nr.	_____
Grad der Behinderung i.S.d. Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ____ v.H.    Aktenzeichen: _____	
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: _____	
krankenversichert bei: _____	
Pflegestufe i.S.d. Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI): _____	

## 2. Angaben zur beruflichen Benachteiligung

Die berufliche Rehabilitation nach dem BerRehaG wurde beantragt

am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Datum Behörde

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Bescheinigung nach § 17 BerRehaG vom \_\_\_\_\_

§ 18 BerRehaG vom \_\_\_\_\_

liegt vor  liegt nicht vor,

weil

noch nicht entschieden

noch nicht beantragt

abgelehnt

Folgende Verfolgungszeiten wurden festgestellt:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

## 3. Angaben zur Wirtschaftsgemeinschaft

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller (Ehe-/ Lebenspartner/ Kinder)	Beruf / ausgeübte Tätigkeit

**4. Angaben zur wirtschaftlichen Lage**  
(Einkommen nach § 82 SGB XII)

Hinweis: Anzugeben sind jeweils die Nettoeinkünfte.

**MONATLICHE AUFWENDUNGEN**

	Antragsteller	Ehegatte	sonstige Haushaltsangehörige (Namen)		
	€	€	€	€	€
Wohnungsmiete-----					
- Wohngeld (lt. Bescheid vom _____)-----					
Garagenmiete-----					
Hauslasten (lt. Hausbogen)-----					
Freiwillige Krankenkassenbeiträge-----					
Freiw. Beiträge zur Rentenversicherung-----					
Kfz.- Haftpflichtversicherung-----					
Sonstige Versicherungsbeiträge-----					
Fahrtkosten - Entfernung zwischen Wohnort und Arbeitsort km _____-----					
Sonstige lfd. Zahlungsverpflichtungen -----					
Beitrag zu Berufsverbänden-----					

**MONATLICHES EINKOMMEN**

Netto-Arbeitseinkommen -----					
Urlaubs-/Weihnachtsgeld (Zahlungsmonat _____)					
Einkünfte aus Gewerbebetrieb-----					
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft-----					
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung-----					
BVG-Ausgleichsrente mit Ehegattenzuschlag-----					
BVG-Kinderzuschläge-----					
BVG-Berufsschadens-/Schadensausgleich-----					
BVG-Elternrente-----					
Unfallrente-----					
Altersrente/Rente wg. Erwerbsminderung-----					
Witwenrente/Witwerrente/Waisenrente-----					
Ruhegehalt/Witwengeld/Waisengeld-----					
Arbeitslosenhilfe/Arbeitslosengeld-----					
Kindergeld-----					
Krankengeld seit _____-----					
Ausbildungsbeihilfe/BaföG/Erziehungsbeihilfen---					
Unterhaltsleistungen/Unterhaltsvorschuss-----					
sonstige Einkommen-----					

Die Ausgleichsleistung soll überwiesen werden auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Ich versichere, die Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich bin mir bewusst, dass zu Unrecht erhaltene Leistungen, deren Gewährung durch falsche oder unvollständige Erklärungen vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet wurde, zurückerstattet werden müssen.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger beizuziehen und Unterlagen sowie Auskünfte, auch von den Finanzbehörden, einzuholen.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_