

Kreisverwaltung des Westerwaldkreises
 Peter-Altmeier-Platz 1
 56410 Montabaur

Az.:4/41.3.1.6.0_____

Antrag auf Leistungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) Eingliederungshilfe

Hiermit beantrage ich nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe:

- Leistungen zur Teilhabe an Bildung (z.B. Integrationshilfe, Internatsunterbringung)
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. WfbM, Budget für Arbeit)
 Leistungen zur sozialen Teilhabe (z.B. Versorgung in einer bes. Wohnform, Assistenzleistungen)
 Medizinische Rehabilitation

Bitte beschreiben Sie Ihren Bedarf oder Wunsch:

--

Hinweis: Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

1. Persönliche Verhältnisse

Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> minderjährig			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Name, Vorname (ggf. vorherige Namen)					
Geburtsdatum		Geburtsort / Land		Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)					
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet					
<u>Wohnsituation:</u>					
<input type="checkbox"/> Wohnung		<input type="checkbox"/> besonderen Wohnform		<input type="checkbox"/> sonstige Unterbringung (z.B. Eigenheim)	
Telefon (freiwillig)		Handynummer (freiwillig)		E-Mail (freiwillig)	
Falls Antragsteller minderjährig besucht:					
<input type="checkbox"/> Hort		<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte		<input type="checkbox"/> Schule	
<input type="checkbox"/> nur Vormittags		<input type="checkbox"/> Ganztags			
Kranken- und Pflegeversicherung:					
<input type="checkbox"/> gesetzlich		<input type="checkbox"/> freiwillig		<input type="checkbox"/> privat	
<input type="checkbox"/> familienversichert		<input type="checkbox"/> nicht versichert			
Name der Versicherung:			Versicherungsnummer:		

Schwerbehindertenausweis vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie Feststellungsbescheid / Schwerbehindertenausweis beifügen)		
Gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ Grad der Behinderung in %: _____		
Pflegebedürftig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: _____ seit: _____ oder beantragt am: _____		
(bitte Kopie des MD-Gutachtens beifügen)		
Diagnosen / Beschreibung der Behinderung: <input type="checkbox"/> Gutachten / Untersuchungsbericht sind beigefügt / liegen vor		
Ursache der Behinderung: z.B. <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Fremdverschulden <input type="checkbox"/> Sonstige Ursachen: _____		
Haben Sie oder erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:		
- von welchem Träger? _____		
- bis wann? _____		
- in welcher Form? _____		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status:		
<input type="checkbox"/> Duldung, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis, gültig bis: _____		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Leistungsberechtigt nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz		

2. Angaben zur vertretungsberechtigten Personen der antragstellenden Person

<input type="checkbox"/> Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB.		
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Vertretungsbefugnis im Rahmen einer Vollmacht.		
Bei Minderjährigen:		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> nur die Mutter <input type="checkbox"/> nur der Vater <input type="checkbox"/> Vormund		
Name(n), Vorname(n), der zur Vertretung berechtigten Person(en)		
Anschrift(en) (Straße(n), Hausnummer(n), PLZ(n), Ort(e))		
Telefon (freiwillig)	Handynummer(n) (freiwillig)	E-Mail-Adresse(n) (freiwillig)

3. Leistungen von anderen Rehabilitations- und Leistungsträgern sowie privatrechtliche Ansprüche (Nachweise sind beizufügen)

a) Anderer Reha- und Leistungsträger

Leistungen	Beantragt	Bewilligt	Abgelehnt	Leistungsträger	Zeitraum
des Jobcenters (SGB II)					
der Agentur für Arbeit (SGB III)					
der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)					
der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)					
der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)					
der öffentlichen Jugendhilfe (SGB VIII)					
der Pflegeversicherung (SGB XI)					
der Sozialhilfe (SGB XII)					
nach Bundesversorgungsgesetz (z.B. Kriegsopferfürsorge, OEG, Impfschäden, etc.)					
zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX)					
nach dem Landespflegegeldgesetz					

Leistungen	Beantragt	Bewilligt	Abgelehnt	Leistungsträger	Zeitraum
nach dem Landesblindengeldgesetz					
Inanspruchnahme von Beratungsangeboten (z.B. Schuldner- oder Suchtberatung)					
andere Leistungen					

b) Privatrechtliche Ansprüche gegenüber anderen (z.B. Unterhalt, Schmerzensgeld, Schadensersatz)

nein ja, und zwar:

4. Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Antragstellers und bei minderjährigen Personen, die der im Haushalt lebenden Eltern (nicht auszufüllen bei der Beantragung von heilpäd. Leistungen, Frühförderung, Integrationshilfen, med. Reha, Leistungen zur (hoch-)schulischen Ausbildung, Tagesstätten, Tagesförderstätten, Werkstatt für Menschen mit Behinderung)

1. Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
2. Girokonto (bei mehreren Konten bitte gesonderte Aufführung) <small>Hinweis: Es besteht gemäß §§93 ff AO die Möglichkeit des Kontenabrufverfahrens beim Bundeszentralamt für Steuern</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Kontonummer: _____; Bankinstitut: _____; Kontostand: _____ € vom _____
3. Sparbuch (bei mehreren Sparbüchern bitte gesonderte Aufführung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Nummer: _____, Bankinstitut: _____ Kto-Stand: _____ € vom _____

<p>4. Kraftfahrzeug(e)/Motorräder etc.</p> <p>(bei Bestehen mehrerer Fahrzeuge, werden die Angaben für alle Fahrzeuge benötigt. Bitte auf der Rückseite ergänzen)</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie des jeweiligen Fahrzeugscheins erforderlich), aktueller km-Stand: _____; Kennzeichen: _____; Typ: _____
<p>5. Prämien-, Bauspar- oder Lebensversicherungen, Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Aktien, Fonds etc.) (bei mehreren Anlageformen bitte gesonderte Aufführung)</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Betrag: _____ €
<p>6. Hausgrundstück, Wohnungs- und Stockwerkeigentum, Dauerwohnrecht, Grundstück, Landwirtschaftliche Fläche</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Ort, Straße) _____ Grundbuch von _____ Band _____ Blatt _____ Flur _____ Flur- Nr. _____ Grundstücksgröße _____ m ² ; Verkehrswert _____ €, Anzahl der Wohnungen _____ mtl. Mieteinnahmen _____ €
<p>7. Sonstiger Grundbesitz</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<p>8. Erbensprüche</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen)
<p>9. Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte übertragen/verschenkt?</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte nähere Angaben machen)
<p>Vater <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> verstorben am _____ Mutter <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> verstorben am _____</p>		
<p>10. Ich/wir habe/n folgendes Einkommen (bitte aktuelle Nachweise beifügen)</p>	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Werkstattlohn <input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen

5. Anmerkungen / Hinweise

--

6. Bankverbindung

Geldinstitut:	BIC:
IBAN:	Kto-Inhaber:
Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Eingliederungshilfeträgers zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.	

Erklärung

Ich/wir versichere(n), dass die Angaben im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Dies gilt auch für Anlagen, die diesem Antrag beigelegt sind. Mir/uns ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und zu Unrecht erlangte Leistungen zurückerstattet werden müssen. Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Eingliederungshilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Wurden diese Informationen im Zusammenhang mit einer Begutachtung oder wegen der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Ausstellung einer Bescheinigung gegeben, dürfen diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergegeben werden aber nur, sofern der Betroffene diesem nicht widerspricht. Die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurden zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort

Unterschrift(en)

Anlage:Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht (**BITTE UNTERSCHREIBEN**)

Name, Vorname

Gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit befreie ich Frau / Herrn

(Name des/der behandelnden Arztes/Ärztin, Psychologen/in, Therapeuten/in, Ärzte/innen und Mitarbeiter/innen von Einrichtungen, Kliniken, der Lehrer/innen, der Erzieher/innen usw.)

von der **ärztlichen/medizinischen/sonstigen Schweigepflicht**.

Ich bin damit einverstanden, dass Entlassungsberichte von Krankenhäusern, Krankenkassen, Pflegekassen, Therapieeinrichtungen etc., Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Berichte von Schulen oder KiTas oder ähnliche Unterlagen zu meiner Akte in der Sozialabteilung genommen werden (und bei Bedarf den Ärzten des Gesundheitsamtes zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden).

Außerdem bestätige ich hiermit, dass ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreisverwaltung des Westerwaldkreises in Montabaur **von ihrer Schweigepflicht entbinde** und zwar in dergestalt, dass meine Unterlagen **abteilungsintern und/oder abteilungsübergreifend von anderen ReHa-Trägern oder**

- **aus dem Gesundheitsamt**
- **aus der Grundsicherungsabteilung**
- **aus der Ausländerbehörde**
- **aus _____ (bitte entsprechende Abteilung einfügen)**

eingesehen und verwendet werden dürfen. Dies dient einer umfassenden Prüfung der Hilfen und Zuständigkeiten.

Falls zutreffend bitte auch angeben:

Ich erhalte Leistungen von

der Agentur für Arbeit Ja/Nein (Rückfragen an: _____)

dem Jobcenter Westerwald Ja/Nein (Rückfragen an _____)

und entbinde auch hier die jeweils zuständigen Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Merkblatt

1. Allgemeines, Nachrang der Sozialhilfe, Nachrang der Eingliederungshilfe

Menschen, die in einer Notlage sind, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können und denen die erforderliche Hilfe auch nicht von Angehörigen oder anderer Seite zuteilwird, können Leistungen der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.

Die Hilfen nach dem SGB IX und SGB XII sind Teil eines staatlichen Systems der sozialen Sicherung der Bürger. Zu diesem System gehören z.B. auch die gesetzlichen Sozialversicherungen (Arbeitslosenversicherung; Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung) die Versorgung der Kriegsoffer sowie die Wohngeld- und Kindergeldleistungen. Gegenüber diesen Leistungen ist die Sozialhilfe sowie die Leistungen der Eingliederungshilfe nachrangig. Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht demnach nicht, wenn jemand die erforderliche Hilfe von anderen Sozialleistungsträgern erhält.

Zuständig für die Sozialleistungen sind die im Sozialgesetzbuch (SGB) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden; sie werden als Leistungsträger bezeichnet.

Über die Aufgaben und Hilfen der einzelnen Leistungsträger geben die Mitarbeiter der Verwaltungsbehörden (Gemeindeverwaltung, Stadtverwaltung, Kreisverwaltung) nähere Auskünfte. Sie beraten auch über Rechte und Pflichten der Bürger gegenüber den einzelnen Leistungsträgern.

2. Aufgaben der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltungen prüfen, wie der jeweiligen Notlage am besten begegnet werden kann und welche Hilfen im Einzelfall ggf. in Frage kommen. Sie stellen außerdem wegen des Nachranges der Sozialhilfe bzw. Eingliederungshilfe fest, ob der Leistungsberechtigte eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, ob Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen oder ob Angehörige ihm helfen können.

Das Nachrangprinzip der Sozialhilfe erfordert auch eine Prüfung, ob unterhaltspflichtige Angehörige (§§ 1600ff. BGB) ihren Verpflichtungen dem Leistungsberechtigten gegenüber nachkommen. Ist dies nicht der Fall, so leistet der Sozialhilfeträger und nimmt dafür die Unterhaltspflichtigen in Anspruch. Ob und inwieweit dies geschieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe der Situation des Einzelfalls entsprechend. Das Verfahren ist in §§ 93, 94 SGB XII geregelt.

3. Mitwirkungspflicht des Leistungsberechtigten, Grenzen der Mitwirkung

Die Mitwirkungspflicht des Leistungsberechtigten sind im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (SGB I) festgelegt. Das Gesetz schreibt vor, dass der Leistungsberechtigten beim Prüfen der persönlichen Verhältnisse und der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Sozialhilfe seinen Möglichkeiten entsprechend mitwirken muss.

Das Sozialgesetzbuch (§§ 60 bis 64 SGB I) beschreibt die wesentlichen Mitwirkungspflichten wie folgt:

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Er soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendigen Maßnahmen persönlich erscheinen.

Der Mitwirkungspflicht des Bürgers sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Mitwirkung muss beispielsweise in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung stehen. Andererseits kann eine Mitwirkung nicht gefordert werden, wenn sie für den Bürger aus wichtigem Grund nicht zumutbar ist oder wenn sich die Behörde durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene, die erforderlichen Erkenntnisse selbst beschaffen kann.

4. Unterrichtung des Leistungsberechtigten

Über die Mitwirkungspflicht hat der Träger der Sozialhilfe den Leistungsberechtigten ausdrücklich zu unterrichten. Die geschieht mit diesem Merkblatt, das dem Leistungsberechtigten zusammen mit dem Fragebogen ausgehändigt wird. Der Leistungsberechtigte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er das Merkblatt erhalten hat und somit über dessen Inhalt unterrichtet ist.

5. Folgen fehlender Mitwirkung oder falscher Angaben

Kommt ein Hilfesuchender oder Leistungsberechtigter seiner Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, so kann der Träger der Sozialhilfe die Leistungen ganz oder teilweise versagen oder entziehen. In einem solchen Fall wird der Leistungsberechtigten im Einzelnen schriftlich besonders darauf hingewiesen (§§ 65 bis 67 SGB I)
Wer wissentlich falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§263 StGB)

6. Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen

Hat ein Leistungsberechtigter beispielsweise durch absichtlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben Sozialhilfe bzw. Eingliederungshilfe zu Unrecht erhalten, so muss er die Leistungen erstatten.

7. Schutz der Sozialdaten

Angaben des Leistungsberechtigten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden als Sozialgeheimnis behandelt und anderen nicht unbefugt offenbart. Eine Offenbarung ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn eine Offenbarung gesetzlich erlaubt ist (§ 67 SGB X).