

Empfänger:
Landratsamt Meißen
Dezernat Soziales
Kreissozialamt / Eingliederungshilferecht
Loosestraße 17/19
01662 Meißen

Absender:

Antrag für Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Beantragte Leistung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

§ 109 Medizinische Rehabilitation

- Hilfsmittel
- Rehabilitationsleistungen (z. B. Adaption)

§ 112 Teilhabe an Bildung

*Durchführung der Maßnahme in der Einrichtung:

- Integration im Hort*
- Schulbegleitung*
- Ganztagsbetreuung*
- Ferienbetreuung*
- Wohnheim / Internat*
- Schülerbeförderung (Überschreitungsbeitrag)
- Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit einer vorgenannten Leistung stehen
- Sonstiges:

§ 113 Soziale Teilhabe

*Durchführung der Maßnahme in der Einrichtung:

- Leistungen für Wohnraum
- Assistenzleistungen
- Frühförderung*
- Integration in einer Kindertageseinrichtung*
 Regelintegration Sonderpflegesatz Heilpädagog. Gruppe
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- Leistungen zur Mobilität
- Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit einer vorgenannten Leistung stehen
- Behindertenfahrdienst
- Sonstiges:

1. Angaben zur Antragstellerin / zum Antragsteller

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Telefon:	
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort):			
Staatsangehörigkeit:	Ggf. Aufenthaltstitel/-bescheinigung bei ausländischen Staatsbürgern:		
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja	Gültig bis:	GdB:
	Merkzeichen:		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja,	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Werden zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem SGB XI erbracht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja			

Bestehen vorrangige Leistungsansprüche ggü. Dritten? (z.B. Bürgergeld / Hartz 4, Wohngeld, Impfschaden, Unfallschaden, Körperverletzung, Schmerzensgeld, usw.)

Nein Ja, und zwar:

Wurden innerhalb der letzten 6 Monate Eingliederungshilfeleistungen bezogen?

Nein Ja, und zwar bei folgendem Landkreis / Behörde:

Wurde bereits durch einen anderen Rehabilitationsträger ein Integrierter Teilhabe Plan erstellt?

Nein Ja, und zwar durch folgenden Rehabilitationsträger (bitte in Kopie beifügen):

Bei stationärer Unterbringung (Adaption, Heim, besondere Wohnform):

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme in die Einrichtung

Anschrift, PLZ, Ort	Zeitraum von – bis

2. Sorgerechthabende / Betreuer / Amtsvormund

Bei Personen, bzw. bei Minderjährigen, für die ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des Amtsvormundes oder des bestellten Pflegers oder Betreuers angeben und **Betreuungsurkunde oder den Nachweis über die Amtsvormundschaft** vorlegen. Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende Vollmacht beifügen.

Name, Vorname:
Anschrift:

Bei Minderjährigen Leistungsberechtigten:

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltstitel/-bescheinigung)		
Anschrift		
PLZ, Wohnort		
Sorgerecht (ggf. Sorgeerklärung beifügen)	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> alleinig, Sorgerecht bei <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2	
Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos
Telefonnummer		
E-Mail		

Ist für einen der beiden Elternteile eine gerichtliche Betreuerin bzw. ein gerichtlicher Betreuer bestellt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für _____ <input type="checkbox"/> ja, für _____ <input type="checkbox"/> ja, für beide
Ggf. Name und Anschrift:

Gibt es weitere Geschwisterkinder?

Nein Ja, und zwar:

Angaben zu Geschwistern*:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Im Haushalt lebend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name	Vorname	Geburtsdatum	Im Haushalt lebend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name	Vorname	Geburtsdatum	Im Haushalt lebend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*ggf. Zusatzblatt beifügen, sollte der Platz nicht ausreichend sein.

Wurde im Rahmen der Hilfen zur Erziehung ein Familienhelfer installiert?

Nein Ja, und zwar seit (von – bis):

Angaben zum Familienhelfer:

Name	Vorname	Telefonnummer für Rückfragen
Umfang der Familienhilfe		

Lebt das Kind in einer Pflegefamilie / Pflegestelle?

Nein Ja, und zwar seit (von – bis):

Angaben zur Pflegemutter:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer für Rückfragen

Angaben zum Pflegevater:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer für Rückfragen

Leben im Haushalt der Pflegefamilie weitere Kinder?

Nein Ja, und zwar:

Angaben zu Geschwistern:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

Nur auszufüllen, sofern keine Leistungen für minderjährige Kinder beantragt werden:

Welche konkreten Zielvorstellungen verfolgen Sie persönlich mit der beantragten Leistung? Was soll sich an der aktuellen Situation verbessern? Welche positive Entwicklung erhoffen Sie sich? Welche Stärken und Ressourcen haben und nutzen Sie, um mit Ihrer Beeinträchtigung umzugehen?

Erklärung

Die vorstehenden Angaben wurden wahrheitsgemäß getätigt.

Es ist mir bekannt, dass ich mich durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache. Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse werde ich unaufgefordert und zeitnah dem örtlichen Eingliederungshilfeträger schriftlich mitteilen (Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60-66 SGB I).

- Das mit diesem Antrag ausgehändigten Merkblatt zum Einkommen und Vermögen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt
- Das mit diesem Antrag ausgehändigten Merkblatt zum Antrag auf Eingliederungshilfe habe ich, insbesondere hinsichtlich der Mitwirkungspflichten, der Einreichung notwendiger Unterlagen sowie bezüglich der Folgen bei fehlender Mitwirkung, gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datenschutz

- Das mit diesem Antrag ausgehändigte Merkblatt „Information zur Datenerhebung gem. Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82, 82a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) (Anlage) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ergänzende Hinweise zur beantragten Leistung

Gemäß § 8 Abs. 2 SGB IX kann die antragstellende Person die Form der Leistungen der Eingliederungshilfe wählen. Auf die Möglichkeit des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX ist hiermit hingewiesen.

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (kurz: EUTB) nach § 32 SGB IX ist ein zusätzliches Beratungsangebot. Sie unterstützt und berät Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige unentgeltlich bundesweit zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Amtsvormund, Betreuer, Bevollmächtigte, etc.)

Bei Minderjährigen:

Unterschrift Elternteil 1

Unterschrift Elternteil 2

Landratsamt Meißen

Dezernat Soziales
Kreissozialamt | Eingliederungshilfe
Loosestraße 17 - 19 | 01662 Meißen
Telefon: 03521 725-3101
E-Mail: Kreissozialamt@kreis-meissen.de
Internet: www.kreis-meissen.de

Posteingangstempel