

Zurück an:

Landkreis Aurich
 Sozialamt
 Fräuleinshof 3
 26506 Norden

Antrag eingegangen am:

(Eingangsstempel)

Antrag ausgehändigt:

(Namenszeichen)

V.1.23052022

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag ab dem: _____	
I) Beantragte Leistung*	
Schule	
<input type="checkbox"/> Tagesbildungsstätte	<input type="checkbox"/> Schulbegleitung
Soziale Teilhabe/Assistenzleistung	
<input type="checkbox"/> Assistenzleistung	<input type="checkbox"/> in dem eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform (Wohnheim)
<input type="checkbox"/> Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> Tagesstätte
Teilhabe am Arbeitsleben	
<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit
Sonstige Hilfen	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Anbieter	
Ich wünsche die Leistungserbringung durch folgenden Anbieter:	
Ich wünsche die Leistungserbringung als persönliches Budget	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

* durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben

II) Grundangaben		
Name, Vorname (Antragsteller/in)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
Geburtsort und Staatsangehörigkeit*	Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Krankenkasse (mit Anschrift und Versicherungsnummer)	Gesetzliche/r Betreuer/in (mit Anschrift)**	

*Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

** Betreuerausweis beifügen

II a) Bei Minderjährigen	
Mutter: _____ geb. am: _____ Anschrift: Vater: _____ geb. am: _____ Anschrift:	Ggf. Pflegeeltern, Vormund/in*, Erziehungsberechtigter Name: Anschrift:

* Bevollmächtigung beifügen

II b) Bei Volljährigen	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Falls getrennt lebend oder geschieden Werden Sie durch einen Rechtsanwalt vertreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welcher Rechtsanwalt vertritt Sie? (mit Anschrift)
Bestehen bereits Unterhaltsregelungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*

* Nachweise oder Unterhaltstitel beifügen

III) Schwerbehinderung	
Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____*
Schwerbehinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> EB (entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> VB (versorgungsberechtigt) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> 1. Klasse <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)

* Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

IV) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)	
Einstufung	<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____ <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Beginn der Anerkennung: _____ Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen): _____ Erhalten Sie den Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wofür nutzen Sie den Entlastungsbetrag? _____

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I - SGBI -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z.B. Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgen aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) und der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und der Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Auf die beigefügte Schweigepflichtentbindung, die Bestandteil dieses Antrages ist, weise ich hiermit hin.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung ist eine vom Leistungserbringer und Kostenträger unabhängige Stelle, die für alle Antragsteller und Hilfesuchenden bereitsteht und umfangreiche Beratung anbietet.

Unabhängige Teilhabeberatung für elk un een e.V.

Standorte:	Standort Aurich Jahnstraße 2 26603 Aurich	Standort Ihlow Alte Wieke 4 26632 Ihlow
	Standort Pewsum Schatthausstraße 31 26736 Pewsum	Standort Norden Schulstraße 71 26506 Norden
	Standort Großefehn Kanalstraße Süd 54 26629 Großefehn	Standort Emden Osterbutvenne 4 26721 Emden
Telefonnummer:	04921 9067300	
Handy:	0172 1386429	
E-Mail:	info@teilhabeberatung-ostfriesland.de	
Web:	www.teilhabeberatung-ostfriesland.de	

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in