

An den
Landkreis Aurich
Sozialamt
Postfach 1480
26584 Aurich

Antrag auf Weitergewährung der Eingliederungshilfe im Rahmen von ambulanter/teilstationärer Betreuung für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen gemäß §§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

Eingang:

Ich beantrage die Kostenübernahme der

- ambulanten Betreuung
 teilstationären Betreuung

Die Betreuung soll fortgeführt werden ab dem _____

durch _____

- Kontoauszüge und Einkommensnachweise sind beigelegt
 Kontoauszüge und Einkommensnachweise werden nachgereicht

Allgemeine Daten:

Antragsteller		
Name, Vorname		Geburtsdatum/-ort
		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort		Straße und Hausnummer
Staatsangehörigkeit	Krankenversichert bei	Telefon
Zugezogen am	Vorheriger Wohnort	
Derzeitiger Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden (bitte Scheidungsurteil beifügen)		Wohnverhältnisse: <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> eigenes Haus <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> bei
Gesetzliche/-r Betreuer/-in:		Einstufung in eine Pflegestufe durch die Pflegekasse: <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift ges. Betreuer/-in

Unterschrift Antragssteller/-in