

## Antrag auf teilstationäre Betreuung im Arbeitsbereich der

ab \_\_\_\_\_

### Antragsteller/in (Leistungsberechtigte/r)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

weiblich

männlich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Wohnform:  Wohnstätte  Betreute Wohngruppe  ambulante Betreuung  bei Angehörigen  allein lebend

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

**Bitte Personalausweis beifügen!**

### Staatsangehörigkeit

deutsch

\_\_\_\_\_

Bei Ausländern bitte aufenthaltsrechtlichen Status eintragen und **Nachweis** beifügen:

Aufenthaltsgestattung  Duldung

gültig bis: \_\_\_\_\_

Aufenthaltserlaubnis

gültig bis: \_\_\_\_\_

Niederlassungserlaubnis gültig bis: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Ja (bitte Ausweis beifügen)

Nein

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits in einer Werkstatt für behinderte Menschen betreut?  ja  nein

Falls ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Ist die Behinderung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewalteinwirkung o. ä. eingetreten?  nein  ja

Bestehen Schadensersatzansprüche bzw. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz?  nein  ja - gegen wen?

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

Ich werde an der **Mittagsverpflegung** in der Werkstatt teilnehmen:

Ja

Nein

Wenn „Ja“:

Ich beziehe Leistungen der Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt:

Ja

Nein

(bitte Bescheid beifügen)

Ich beziehe Rentenleistungen wegen voller Erwerbsminderung/ Altersrente:

Ja

Nein

(bitte Bescheid beifügen)

Ich habe sonstige Einkünfte:

Ja

Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

(bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Wenn keine der o. g. Leistungen gewährt wird:

Ich bitte um Prüfung, ob ein Kostenbeitrag von mir zu leisten ist.

**Wurde eine Schwerbehinderung festgestellt?**

nein ja (*bitte Ausweis in Kopie beifügen*)

**Schweigepflichtentbindung:**

**Auf die in der Anlage beigefügte Schweigepflichtentbindung, die Bestandteil dieses Antrages ist, weise ich hiermit hin.**

**Schlusserklärung:**

Mir ist bekannt, dass gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I (SGB I) derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben hat, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des Sozialamtes der Erteilung von Auskünften durch Dritte zuzustimmen hat. Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich belangt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind (z. B. Einkommensverhältnisse, Wohnortwechsel, vorübergehende Abwesenheiten). Gemäß § 66 SGB I kann das Sozialamt die Leistungen ganz oder teilweise versagen oder entziehen, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme oder dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Zahlbarmachung der Leistung erforderlichen persönlichen Daten unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzes erfasst, gespeichert und bearbeitet werden. Der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der vorstehenden Daten an den Landkreis Aurich stimme ich im Rahmen der Mitwirkungspflichten zu.

Mit der Auszahlung der Leistung auf das Konto des Trägers der Einrichtung bin ich einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungsberechtigte/r bzw. gesetzliche/r Betreuer/in

**Urschriftlich zurück an**  
**Landkreis Aurich**  
**-Sozialamt-**  
**Fräuleinshof 3**  
**26506 Norden**

Betr.:ll/50 / (sofern bereits vorhanden)

## Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	

Ich befreie die/den Mitarbeiter/in:

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber/wechselseitig:

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

im Hinblick auf personenbezogene/medizinische Daten/Unterlagen, welche zur Feststellung des notwendigen Hilfeumfanges im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt im Falle einer Bewilligung längstens bis zum Ende des festgestellten Hilfezeitraums.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort	Datum	Unterschrift
		(ggfs. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigter/in, Erziehungsberechtigte/r)