

## 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 Antrags 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. 1Nr. 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

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift/Heimanschrift

**Urschriftlich zurück an**

**Landkreis Aurich  
Fräuleinshof 3  
26506 Norden**

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

## **Schweigepflichtentbindung**

Für die Entscheidung über meinen Antrag auf Kostenübernahme einer \_\_\_\_\_  
(ambulanten, teilstationären und/oder stationären Betreuung) entbinde ich persönlich, oder sofern  
eine gesetzliche Betreuung bzw. eine in diesem Umfang erteilte Bevollmächtigung eingerichtet  
wurde als amtlich bestellter Betreuer bzw. Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
*Ggf. Name des Bevollmächtigten/Betreuers  
Eine Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Bevollmächtigung ist beizufügen.*

die mit der Begutachtung befassten Ärzte des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes des  
Landkreises Aurich von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialamt des Landkreises  
Aurich.

Die über mich von dort erstatteten Gutachten und Berichte werden dem Sozialamt des Landkreises  
Aurich für die Bearbeitung des genannten Antrags zur Verfügung gestellt.

Der Amtsärztliche Dienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Aurich kann sich alle für die  
Begutachtung relevanten Daten (Krankengeschichte, hausärztliche und fachärztliche  
Befunde/Begutachtungsergebnisse, Gutachten, Pflegedokumentationen, Gutachten des  
Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) anfordern.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens für die Dauer der Maßnahme.

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches  
Zwölftes Buch (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung  
und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60  
SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Ich wurde darauf  
hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft  
schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift