

Antrag auf Eingliederungshilfe
nach dem Sozialgesetzbuch IX
-Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen-

Beantragte Hilfeart

<input type="checkbox"/> Assistenzleistungen (ambulante Wohnbetreuung)	<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> Assistenzleistungen in besonderer Wohnform	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____
<input type="checkbox"/> Tagesstätte/Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Leistungserbringer (der beantragten Hilfe)

Name und Anschrift des Anbieters:

Nachfragende Person (Antragssteller/-in)

Name, ggf. Geburtsname:	Vorname:
Adresse:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit:*
Familienstand:	Kranken- und Pflegeversicherung: (Adresse und Versicherungsnummer)
E-Mail Adresse:	
Steuer-Identifikationsnummer:	

* Nachweis Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

Gesetzliche/r Betreuer/in *

Name, Vorname:	Anschrift:
Telefon:	E-Mail Adresse:

*Bitte Betreuerausweis beifügen

Vertrauensperson

Wenn Sie möchten, können Sie an dieser Stelle eine Vertrauensperson angeben, die am Verfahren beteiligt wird und auch Auskünfte erteilen und erhalten darf.

Name, Anschrift und Telefonnummer der Vertrauensperson:

Schwerbehinderung

Schwerbehinderung festgestellt?

Nein Ja, Grad der Behinderung: _____ * Merkzeichen: _____

* bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

keine Einstufung

Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____

Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____

Einstufung in Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Beginn der Anerkennung: _____ *

* bitte Kopie des MDK-Gutachtens beifügen

Antragsbegründung

Diagnosen:*

Schildern Sie den Grund für die Beantragung der Leistung:

* bitte Arzt- und Klinikberichte beifügen

Beziehen oder bezogen Sie bereits Leistungen der Eingliederungs- bzw. Jugendhilfe?

Nein Ja, was/wann: _____

Behörde : _____

Seit wann leben Sie im Bereich des Landkreises Wittmund? (bitte möglichst genau das Datum angeben) Bei Zuzug: Wo haben Sie vorher gelebt und wie lange?

Seit _____ im Landkreis Wittmund.

Vorher _____

Ist die Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewalteinwirkung o.ä. eingetreten?

Nein Ja: _____

Bestehen Schadensersatzansprüche bzw. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz?

Nein Ja – gegen wen? Name und Anschrift: _____

Ehegatte bzw. Lebenspartner/-in oder Partner/-in in einer eheähnlichen Gemeinschaft

Name, ggf. Geburtsname:	Vorname:
Adresse:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	Genannte Person ist: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Partner/- in eheähnlicher Gemeinschaft
E-Mail Adresse:	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in

Kinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse

Weitere Kinder bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Einkünfte (maßgeblich ist das Einkommen des vorletzten Kalenderjahres!!)

Der Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres ist in der Anlage beigelegt

Ja Nein

Falls kein Einkommensteuerbescheid vorliegt, kreuzen Sie bitte an, welche Einkommensart/en Sie im vorletzten Kalenderjahr bezogen haben:

- Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft
- Einkommen aus Gewerbebetrieb
- Einkommen aus selbständiger Arbeit
- Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit
- Einkommen aus Kapitalvermögen
- Einkommen aus Vermietung und Verpachtung
- sonstige Einkünfte (z. B. Rente, Unterhalt, ALG 1, Elterngeld, Übergangsgeld)
- Sozialleistungen (z. B. Grundsicherung nach dem SGB II oder XII, Pflegegeld, Wohngeld)

* bitte Einkommensnachweise aus dem vorletzten Kalenderjahr beifügen

Aktuelle Vermögensverhältnisse

Entsprechende Nachweise beifügen!

Bargeld (auch Kleinbeträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Höhe: _____	
Girokonto (Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen)	Name der Bank: _____	IBAN: _____
	BIC: _____	Aktueller Kontostand: _____
Weiteres Girokonto (Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen)	Name der Bank: _____	IBAN: _____
	BIC: _____	Aktueller Kontostand: _____
Sparguthaben (Aktuellen Kontoauszug beifügen)	Name der Bank: _____	IBAN: _____
	BIC: _____	Aktueller Kontostand: _____
Bausparvertrag (letzten Jahreskontoauszug beifügen)	Bausparkasse: _____	Derzeitiges Guthaben: _____
	Vertragsnummer: _____	
Lebens- /Sterbegeldversicherung (Rückkaufswertbescheinigung beifügen)	Name der Versicherung: _____	Derzeitiges Guthaben: _____
	Vertragsnummer: _____	

Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Fabrikat: _____ EZ: _____ Modell: _____ Kilometerstand: _____
Grundvermögen (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: _____
Sonstiges Vermögen (z. B. Erbe) (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: _____

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I –SGB I -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Eingliederungshilfe mitzuteilen habe. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe zu melden.

Überleitung von Ansprüchen

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

Datenschutz

Auf die Datenschutzbestimmungen bin ich hingewiesen worden.

Schweigepflichtentbindung

Die Schweigepflichtentbindung habe ich unterschrieben und dem Antrag als Anlage beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in oder ggf. gesetzliche/r Betreuer/in

Sollten Sie Fragen bezüglich des Antrages haben oder Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich gerne an folgende Mitarbeiter der Eingliederungshilfe:

Frau Bruns Frau Hermes Frau Janssen Herr Peters Frau Siebert
04462/86 1352 04462/86 1317 04462/86 1318 04462/86 1316 04462/86 1397

Schweigepflichtentbindung

Ich bzw. der gesetzliche Betreuer von:

Name:	Vorname:
Adresse:	Geburtsdatum:

entbinde folgende Ärzte und Institutionen:

Gesundheitsamt	Landkreis Wittmund, Gesundheitsamt incl. Sozialpsychiatrischer Dienst, Dohuser Weg 12b, 26409 Wittmund
Hausarzt	
Facharzt	
Therapeuten (z.B. Ergo-, Logo-)	
Schule	
Sonstige	
Sonstige	

gegenüber der Eingliederungshilfe des Landkreises Wittmund, im Einzelnen

Frau Frauke Becker, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Herrn Bent Bogena, Hilfeplaner in der Eingliederungshilfe
Frau Margrit Bruns, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Herrn Holger Eilts, Hilfeplaner in der Eingliederungshilfe
Frau Insa Hermes, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Frau Kyra Janssen, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Frau Bianca Kopke, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Frau Lea-Marie Müller, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Herrn Helmut Peters, Sachbearbeiter in der Eingliederung
Frau Britta Siebert, Sachbearbeiterin in der Eingliederungshilfe

ausdrücklich von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit in Bezug auf

1. den Austausch über meine Erkrankungen, meine Gesundheitsprobleme und meine Beeinträchtigungen
2. Übersendung der dort vorliegenden ärztlichen Befundberichte, Klinikberichte, Gutachten, Stellungnahmen, Entwicklungsberichte, Pflegedokumentationen usw.

Die Entbindung gilt wechselseitig.

Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in oder ggf. gesetzliche/r Betreuer/in

Datenschutzrechtliche Hinweise

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt.

Die von Ihnen gemäß § 67a SGB X mit dem Antrag erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I).

Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist der Landkreis Wittmund, Landrat Herr Heymann, Sozial- und Jugendamt, Abt. 50.3, Am Markt 9, 26409 Wittmund, Fax: 04462/86-1313, Tel.: 04462/86-01, E-Mail: sozialamt@lk.wittmund.de.

Ihre Daten können von o. g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gemäß §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Längstens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung, Vervollständigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den Datenschutzbeauftragten des o. g. Verantwortlichen erreichen Sie unter:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Wittmund
Zweckverband KDO
Elsässer Straße 66
26121 Oldenburg
E-Mail: datenschutz@kdo.de

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden bezüglich der Datenverarbeitung an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden. Sie erreichen diese unter: Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599, EMail: poststelle@lfd.niedersachsen.de.

Bitte lösen Sie dieses Blatt vom restlichen Antrag und nehmen es zu Ihren persönlichen Unterlagen!