

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Teil 2

Fachbereich Familie, Jugend und Soziales
 FD 50.7 – Soziales
 Im Lichtenholz 60
 35043 Marburg

Beantragte Leistung		Erläuterung zur beantragten Leistung
1 <input type="checkbox"/>	Assistenzleistungen	
2 <input type="checkbox"/>	Hilfsmittel, Besuchsbeihilfen, Leistungen zur Mobilität	
3 <input type="checkbox"/>	Tagesstätte / Tagesförderstätte nach Erreichen der Regelaltersgrenze	Geplante Aufnahme ab: Einrichtung:
4 <input type="checkbox"/>	weitere Teilhabeleistungen	
5 <input type="checkbox"/>	Beantragung der Leistung als persönliches Budget	

Persönliche Angaben									
	Antragstellende Person			Elternteil/ gesetzl. Vertretung			Elternteil/ gesetzl. Vertretung		
	m	w	d	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d
Vorname									
Nachname									
Geburtsname									
Geburtsdatum									
Geburtsort									
sorgeberechtigt				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Familienstand									
Steuerliche Identifikationsnummer									(11 stellig)
	Die elfstellige steuerliche Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird.								
Straße, Hausnr.									
PLZ, Ort									
zugezogen – von / wann?									
Telefonnummer									
E-Mail-Adresse									
Staatsangehörigkeit	Bitte in Kopie beifügen: <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:			Bitte in Kopie beifügen: <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:			Bitte in Kopie beifügen: <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:		
in Deutschland seit									
Krankenversicherung u. -nummer									

Besteht eine	Rechtliche Betreuung/ Vormundschaft?		Pflegschaft?		Unterstützung durch sozialen Dienst / Jugendamt ?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für folgende Bereiche – bitte Nachweis (Ausweis, Urkunde) vorlegen						
Name und Anschrift / Ansprechpartner*in						
Telefon						
E-Mail-Adresse						

Angaben zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen										
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor - bitte Ausweiskopie vorlegen				<input type="checkbox"/> liegt nicht vor					
vorhandene Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> R				
Grad der Behinderung										
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> liegt vor – bitte Kopie des aktuellen und vollständigen MDK-Gutachtens vorlegen				<input type="checkbox"/> liegt nicht vor					
	Pflegegrad:									
	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Diagnose (Bitte ärztliche Berichte in Kopie vorlegen)										
<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung										
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung										
<input type="checkbox"/> seelische Behinderung										
Bestehen Ansprüche gegen	Bitte entsprechende Unterlagen vorlegen									
- eine Unfallversicherung,	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein						
- wegen eines Impfschadens,	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein						
- andere schadenersatzpflichtige Handlungen?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein						

Bisher erhaltene Eingliederungshilfen / Therapien / Förderungen / weitere Leistungen		
Zeitraum	Name und Anschrift der Einrichtung / Praxis (z. B. Frühförderstelle, Ergo- oder Physiotherapie, Logopädie, Integrationsplatz in einer Kindertagesstätte, familienentlastender Dienst, Assistenzleistungen, etc.)	Kostenträger

Begründung des Antrags

Bitte treffen Sie nähere Angaben zum Unterstützungsbedarf.
In welchen Bereichen wird Unterstützung benötigt?

Erhalten Sie / Ihr Kind bereits Unterstützung? Stehen Hilfsmittel zur Verfügung?
Bitte beschreiben Sie ausführlich, in welcher Form und durch wen Unterstützung stattfindet?

Wer soll die beantragte Maßnahme durchführen und in welchem Umfang soll diese stattfinden?

Weitere benötigte Unterlagen, wenn vorhanden:

• Fachärztliche Stellungnahme mit Diagnose	• Schweigepflichtentbindung (Anlage II)
• Kopie des Schwerbehindertenausweises	• Angaben zu Einkommen und Vermögen / Eigenbeitrag (Anlage)
• Vollständiges aktuelles MDK-Gutachten	• Zustimmung zum Gesamtplanverfahren (Anlage IV)
• Schulbescheinigung	• Sonstiges: (z. B. Berichte von Therapeut*innen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie etc.)
• Merkblatt über Mitwirkungspflichten (Anlage I)	

Hinweise und Schlusserklärungen**Aushändigung des Merkblatts**

Das Merkblatt über die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I wurde mir ausgehändigt und ich habe es zur Kenntnis genommen. Ja Nein

Hinweis zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Datenstelle der Rentenversicherung als Vermittlungsstelle (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII) übermittelt.

Erklärung des/der Antragsteller*in, der gesetzlichen Vertretung / der Sorgeberechtigten

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Maßnahme etc. – unverzüglich und unaufgefordert schriftlich dem Fachbereich Familie, Jugend und Soziales, Fachdienst 50.7, des Landkreises Marburg-Biedenkopf mitzuteilen.

Unterschrift

Ort, Datum _____

Unterschrift der nachfragenden Person _____

Ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung/Sorgeberechtigte _____

Anlage I - Merkblatt über die Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung nach dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) - Allgemeiner Teil -

Der Kreisausschuss des
Landkreises Marburg-Biedenkopf
Fachdienst 50.7 / Soziales
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg



§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

- (2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Anlage II

Der Kreisausschuss des
Landkreises Marburg-Biedenkopf
Fachdienst 50.7 / Soziales
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg



Entbindung von der Schweigepflicht

Betreffend: das Kind / den Jugendlichen mich selbst

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich bin / Wir sind <input type="checkbox"/> allein sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> gemeinsam sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger/Vormund	Ich bin <input type="checkbox"/> selbst Antragsteller*in (z.B. Erwachsene, junge Volljährige oder Jugendliche)
---	--

Hiermit entbinde(n) ich/wir die fallzuständigen Mitarbeiter*innen des Fachdienstes Soziales und Widerspruchsstelle (Fachbereich Familie, Jugend und Soziales) sowie die fallzuständigen Ärzt*innen des Fachdienstes Prävention und Beratung (Fachbereich Gesundheitsamt) sowie ggf. die entsprechenden Vertretungen im Fall von Abwesenheit (z.B. Urlaub, Krankheit etc.) gegenüber

Institution / Einrichtung	Name, Adresse
Frühförderung	
Kindertagesstätte	
Schule (Lehrkraft)	
Beratungs- und Förderzentrum (BFZ) regionales BFZ / überregionales BFZ	
FD 50.4 Jugendamt (Allg. Sozialer Dienst - ASD)	
Therapeutische Praxen (z. B. Logo-, Ergo-, Physio-, Psychotherapie)	
Träger Assistenzleistung (Teilhabeassistenz - THA)	
Träger Wohnformen über Tag und Nacht	
Kinder- und Jugendpsychiatrie / oder Kinder- und Jugendpsychiater*innen	
Kliniken / Spezial Ambulanzen Spezialpädiatrische Zentren (SPZ)	
Haus-, Kinder- und Fachärzt*innen	
Krankenkasse / KV-Nr.	

wechselseitig im Verhältnis zueinander von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis _____ und dient folgendem Zweck:

Ich wurde ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit gegenüber dem Empfänger dieser Erklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift Personensorgeberechtigte, gesetzliche Vertreter*innen/Vormünder, Volljährige (ab 18 Jahre) oder Jugendliche (ab 16 Jahre)

1. Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

2. Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Datum, Unterschrift: 1. _____ 2. _____

Anlage III

Der Kreisausschuss des
Landkreises Marburg-Biedenkopf
Fachdienst 50.7/Soziales
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg



Zustimmung zum Gesamtplanverfahren

Zum Antrag von

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

vom (Datum)

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX),
bin ich zur Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe mit der Durchführung von
Gesamtplanverfahren nach § 117 SGB IX einverstanden.

(zutreffendes bitte ankreuzen): ja nein

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass im Rahmen des Gesamtplanverfahrens Gesamtplankonferenzen nach § 117 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX durchgeführt werden können.

(zutreffendes bitte ankreuzen): ja nein

Wir weisen darauf hin, dass gem. § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) Ihr Antrag ganz oder teilweise abgelehnt werden kann, sofern durch die fehlende Mitwirkung die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

Sie haben zudem – wie im gesamten Verfahren – jederzeit die Möglichkeit, Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) zu konsultieren. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.teilhabeberatung.de.

Unterschrift

Ort, Datum _____

Unterschrift der nachfragenden Person _____

Ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung/Sorgeberechtigte _____

Fragebogen

zur Überprüfung eines Eigenbeitrages bei ambulanten Leistungen nach dem Neunten Buch SGB IX

Name des Leistungsempfängers:

Az:

Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (SGB II) – Grundsicherung für Arbeitssuchende/Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII – Sozialhilfe?
Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bei. Sie müssen keine weiteren Angaben machen.

Wenn nein, beachten Sie bitte folgende Punkte / Fragen:

Einkommen des Vorvorjahres

Liegt Ihnen der Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres vor? Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitten den Bescheid bei.

Wenn nein, benennen Sie bitte die Einkünfte, über die Sie im Vorvorjahr verfügt haben und fügen Belege bei. Sollten sich die Einkünfte im aktuellen Jahr verändert haben, legen Sie bitte entsprechende Belege vor und begründen die Abweichung.

	Antragstellende Person	<input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Elternteil
		<input type="checkbox"/> Ehepartner*in	
Arbeitsverdienst netto	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit (bitte Verdienstabrechnung der letzten 12 Monate bzw. Bilanzen und Gewinn- und Verlustrechnung der letzten drei Jahre vorlegen)	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Krankengeld	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
SGB-II-Leistungen	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
SGB XII-Leistungen	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Leistungen des AsylbLG	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Berufs-, Erwerbsunfähigkeitsrente, Altersruhegeld, Witwen- oder Waisenrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Unfallrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Pension oder sonstige Einkünfte aus früheren Arbeitsverhältnissen	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Grundrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Ausgleichsrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Berufsschadensausgleichsrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Elternrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.

Unterhaltsbeihilfe (LAG)	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Entschädigungsrente	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Kindergeld für ____ Kinder	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Unterhalt für ____ Kinder	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Name des Kindes			
Zuwendungen von Berufsverbänden, Stiftungen usw.	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Wohngeld	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
Sonstige Einkünfte (Miet-, Pachteinnahmen etc.):	€ mtl.	€ mtl.	€ mtl.
-			
-			
Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Beantragte Leistung:			
Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:			

Ausgaben/Werbungskosten (monatlich) (Nachweise, z.B. Versicherungsscheine, Beitragsberechnungen usw., bitte beifügen)		
Notwendige Aufwendungen für Arbeitsmittel	€ mtl.	€ mtl.
Notwendige Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	€	€
- Art der Aufwendungen _____, Höhe		
- Einfache kürzeste Entfernung zum Arbeitsplatz	km	km
Notwendige Beiträge zu Berufsverbänden, Name des Verbandes:	€	€
Beiträge für Versicherungen		
Sonstiges		

Im Haushalt lebende Personen					
Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Einkommen/Arbeitgeber	Netto. mtl.
					€
					€
					€
					€
					€
					€

Für Unterhaltsansprüche gegenüber Eltern und Kindern - Außerhalb des Haushaltes lebende Unterhaltspflichtige (Eltern, minderjährige und volljährige Kinder – bitte alle angeben -)

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Adresse	Höhe d. laufenden Unterhaltszahlung?	Ausgeübter Beruf	Jährliches Bruttoeinkommen über 100.000 €	
				€		<input type="checkbox"/>	Ja
				€		<input type="checkbox"/>	Nein
				€		<input type="checkbox"/>	Ja
				€		<input type="checkbox"/>	Nein
				€		<input type="checkbox"/>	Ja
				€		<input type="checkbox"/>	Nein

Vermögen

Bargeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	aktueller Wert: _____ €
Bank-/ Sparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	aktueller Wert: _____ €
Wertpapiere/ Aktien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	aktueller Wert: _____ €
Bausparvertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	aktueller Wert: _____ €
Lebensversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungssumme: _____ € aktueller Rückkaufswert: _____ €
Staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	aktueller Wert: _____ €
Sterbegeldversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungssumme: _____ € aktueller Rückkaufswert: _____ €
Bestattungsvorsorgevertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Summe: _____ €
Grundbesitz (bebaute / unbebaute Grundstücke) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	aktueller Verkaufswert: _____ €
Ansprüche aus Übergabeverträgen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Wert: _____ €
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wert: _____ €
Sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Wert: _____ €

Bitte legen Sie noch diese Unterlagen / Kopien zum Antrag:

- Unterlagen bezüglich des Einkommens und Vermögens
- Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres

Ich bestätige / wir bestätigen hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften