



● **Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX)**

**HINWEIS:**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie diese Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

<b>Beantragte Leistung:</b> Fahrdienst für mobilitätseingeschränkte Menschen	<b>AZ:</b>
---	------------

**1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen**

	<b>Leistungsberechtigter/ Hilfempfänger</b>	<b>Sorgeberechtigter/ Ehepartner</b>	<b>Sorgeberechtigter</b>
<b>Name</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Geburtsort</b>			
<b>Straße, Haus-Nr.</b>			
<b>Postleitzahl, Ort</b>			
<b>Pflegekind</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Pflegefamilie:  seit wann?		
<b>Besondere Wohnform</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit wann? _____ Wenn ja, wo haben Sie vorher gewohnt?		
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
<b>Staatsangehörigkeit</b> Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/Aufenthaltstitel beifügen			
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis ____/____/ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> nein		

	Merkmale: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBL <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI		
<b>Telefonnummer</b>			
<b>E-Mail</b>			

**Betreuer/in/Vormund/in** (Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)

<b>Name, Vorname</b>			
<b>Straße, Haus-Nr.</b>			
<b>Postleitzahl, Ort</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>E-Mail</b>			

**2. Angaben zu weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft**

<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Geburtsort</b>			
<b>Staatsangehörigkeit</b>			

**3. Einkommen (vorrangig Steuerbescheid von vor 2 Jahren beifügen, ansonsten Einzelnachweise)**

	<b>Leistungsberechtigter/ Hilfsempfänger</b>	<b>Sorgeberechtigter/ Ehepartner</b>	<b>Ehepartner</b>
<b>Kein Einkommen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nichtselbständige Tätigkeit</b> (z.B. Erwerbseinkommen)			
<b>Selbständige Tätigkeit</b> (z.B. Gewerbe, Freiberufler)			
<b>Vermietung und Verpachtung</b>			
<b>Renten/Pensionen</b>			
<b>Andere Sozialleistungen</b> (z.B. Grundsicherung SGB XII, Bürgergeld, Asylbewerberleistungen, Krankengeld)			
<b>Kapitalerträge</b> (z.B. Zinsen)			
<b>Sonstige Einkünfte</b>			

#### 4. Vermögen (Nachweise sind beizufügen)

	Leistungsberechtigter Hilfeempfänger	Sorgeberechtigter/Ehepartner	Ehepartner
<b>Sparguthaben</b> (z.B. Girokonto, Tagesgeld, Sparbuch etc.)	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Lebensversicherungen</b> (aktueller Rückkaufswert inkl. Überschussanteil)	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Hauseigentum/sonstiger Grundbesitz</b>	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Kraftfahrzeug(e)</b>	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe/Wert in € _____ <input type="checkbox"/> nein

#### 5. Vermögensübertragungen

<b>Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen</b> (z.B. Schenkung, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja, wann? _____ in welcher Höhe (€)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja, wann? _____ in welcher Höhe (€)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja, wann? _____ in welcher Höhe (€)?
---	---	---	---

#### 6. Allgemeine Angaben zum Hilfesuchenden

<b>Krankenversicherung</b>	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> nicht versichert  Name der Krankenkasse: _____ Krankenversicherungsnr.: _____  Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 2 SGB V <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Pflegegrad</b>	liegt vor <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5  <input type="checkbox"/> Es besteht kein Anspruch auf einen Pflegegrad <input type="checkbox"/> ein Pflegegrad wurde beantragt
<b>Asylbewerber</b>	Der/die Leistungsberechtigte erhält Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Der/die Sorgeberechtigten erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ansprüche gegenüber Dritten</b>	Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bisherige/gewährte Leistungen</b>	Ich erhalte ähnliche Leistungen (z.B. Heilpädagogik) bereits über einen anderen Leistungsträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung). <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein

	<p>Wurden in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Leistungsträger (z.B. Sozialamt, Jugendamt, Landschaftsverband Rheinland) bezogen?  <input type="checkbox"/> ja, welche? _____  Wer hat die Leistung bewilligt? _____  Für den Zeitraum von _____ bis _____</p> <p>Handelt es sich um einen Folgeantrag?  <input type="checkbox"/> ja, welche Leistung? _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>→Bitte zuständige Stelle mit Aktenzeichen angeben.</b></p>
<p><b>Art der (drohenden) Behinderung</b></p>	<p>Welche Einschränkungen liegen vor?  _____  _____  _____</p> <p>Wurden schon eine/mehrere Behinderung/en festgestellt?  <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch  In welchen Bereichen muss unterstützt werden?  _____  _____</p> <p><b>→Bitte vorhandene medizinische Gutachten, Stellungnahmen und Arztberichte beifügen.</b></p>

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I –).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB –) und zu Unrecht gewährte Leistungen erstatten muss.

Wenn und solange ich Sozialleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommen-, Vermögens-, und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

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. Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen 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. (60 Abs. 1 + 2 Sozialgesetzbuch I – SGB I)

**Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).**

\_\_\_\_\_  
Datum                      Leistungsberechtigter, Sorgeberechtigte oder gesetzlichen Vertreter                      Sorgeberechtigte/Ehepartner                      aufgenommen durch