



Aktenzeichen

Eingangsstempel



Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX)

Hiermit werden nachstehende Leistungen beantragt:

- Medizinische Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der antragstellenden Person

Familienname		Vorname/n			
Geburtsname und früher geführte Namen		Geschlecht	männlich	weiblich	divers
Geburtsort		Staatsangehörigkeit		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer					
Ort				Postleitzahl	
Telefon (freiwillig)		E-Mail (freiwillig)			
Familienstand	ledig	verheiratet	getrennt lebend	geschieden	
	in eingetragener Lebenspartnerschaft		verwitwet		

Die antragstellende Person wohnt in einer

Wohnung anderen Unterbringungsform, bitte erläutern:

besonderen Wohnform

Wo haben Sie in den letzten 2 Jahren vor Einzug in die besondere Einrichtung gewohnt?
Bitte lückenlos gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt angeben.

vom	bis	Straße Hausnummer	
		Postleitzahl	Ort
vom	bis	Straße Hausnummer	
		Postleitzahl	Ort
vom	bis	Straße Hausnummer	
		Postleitzahl	Ort

Haben Sie in den letzten 6 Monaten vor der Antragstellung Leistungen der Eingliederungshilfe innerhalb oder außerhalb einer besonderen Wohnform durch eine:n andere:n Kostenträger:in erhalten?

ja, durch _____
Name und Anschrift Kostenträger:in

nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Bescheid des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung vor?

nein ja Bitte Kopie des Ausweises/Bescheides beifügen.

Grad der Behinderung	gültig bis	Merkzeichen
----------------------	------------	-------------

Pflegebedürftigkeit

ja, eine Pflegebedürftigkeit besteht seit dem _____ Pflegegrad _____
Bitte eine Kopie des Bescheides und des MDK-Gutachtens beifügen.

nein, beantragt am _____ (Der Bescheid kann erst nach Erhalt zugesandt werden.)

Antrag auf Leistungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) | Eingliederungshilfe

Kranken- und Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung	
Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen	Versicherungsnummer

Angaben zur Beeinträchtigung	Fach-/Ärztliche Unterlagen
<input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung (auch Sinnesbeeinträchtigung) <input type="checkbox"/> Geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Seelische Beeinträchtigung (auch Sucht) <input type="checkbox"/> Sonstige Beeinträchtigung: <hr/> <input type="checkbox"/> Verwendung folgender Hilfsmittel: <hr/>	<input type="checkbox"/> Fach-/Ärztliche Unterlagen sind beigelegt. <input type="checkbox"/> Fach-/Ärztliche Unterlagen sind nicht beigelegt. Begründung: <hr/> <input type="checkbox"/> Fach-/Ärztliche Unterlagen liegen nicht vor.

Ist die Behinderung ursächlich zurückzuführen auf einen Unfall/Verkehrsunfall/Impfschaden?
 nein ja, Ursache und Beteiligte:

II. Angaben zu den vertretungsberechtigten Personen

<input type="checkbox"/> Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB. Bitte eine Kopie der Bestellungsurkunde beifügen.	
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht. Bitte eine Kopie der Vollmacht beifügen.	
Familiename der zur Vertretung berechtigten Person	
Vorname/n	
Straße Hausnummer	
Postleitzahl Ort	
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)

III. Weitere Antragsbegründung oder sonstige Anmerkungen

IV. Bankverbindung

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, auf die die Hilfen gegebenenfalls überwiesen werden sollen.

Kontoinhaber:in	
Geldinstitut	
IBAN	BIC
Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung der Eingliederungshilfeträgerin zurückzuzahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erb:innen erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.	

V. Erklärung der antragstellenden Person beziehungsweise der vertretungsberechtigten Person

Es wird versichert, dass alle Angaben im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Dies gilt auch für Zusatzblätter und Anlagen, die diesem Antrag beigelegt sind.

Es ist bekannt, dass bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben mit einer strafrechtlichen Verfolgung zu rechnen ist, wenn der Tatbestand des Betrugs nach § 263 Strafgesetzbuch vorliegt. Zu Unrecht erlangte Leistungen sind an das Amt für soziale Leistungen zurückzuerstatten.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a SGB X und die weitere Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X. Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie auf www.mainz.de/dsgvo und dem Merkblatt „Informationen zur Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorgaben nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in der Stadtverwaltung Mainz, Amt für soziale Leistungen“.

Die abgegebenen Erklärungen sind richtig und vollständig. Dies wird durch die Unterschrift der antragstellenden Person beziehungsweise der vertretungsberechtigten/bevollmächtigten Person bestätigt.

- Der Erhebung und Speicherung persönlicher Daten wird zugestimmt.
- Die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung wurden zur Kenntnis genommen.
- Die „Informationen zur Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)“ wurden zur Kenntnis genommen
- Es besteht noch Informationsbedarf zum vorliegenden Antrag und es wird um ein (weiteres) Beratungsgespräch gebeten.

Ort und Datum	Unterschrift der antragstellenden Person	Unterschrift der vertretungsberechtigten Person/ der bevollmächtigten Person
---------------	--	--

Bestätigung eventueller Änderungsvermerke durch die antragstellende Person beziehungsweise rechtliche Vertretung

Änderungen, die von Mitarbeiter:innen der Behörde vorgenommen wurden, wurden besprochen und treffen zu.

Ort und Datum	Unterschrift der antragstellenden Person	Unterschrift der vertretungsberechtigten Person
---------------	--	---