

● **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.

Beantragte Leistung: Fahrdienst für mobilitätseingeschränkte Menschen	AZ:
---	------------

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	Leistungsberechtigter/ Hilfempfänger	Sorgeberechtigter/ Ehepartner	Sorgeberechtigter
Name			
Vorname			
Geschlecht	<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
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Straße, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort			
Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Pflegefamilie: seit wann?		
Besondere Wohnform	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit wann? _____ Wenn ja, wo haben Sie vorher gewohnt?		
Familienstand	<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: _____
Staatsangehörigkeit Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/Aufenthaltstitel beifügen			
Schwerbehindertenausweis	<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		
Telefonnummer			
E-Mail			

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

Name, Vorname			
Straße, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort			
Telefon			
E-Mail			

2. Angaben zu weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Name, Vorname			
Geschlecht	<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
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			

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

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

4. Vermögen (Nachweise sind beizufügen)

	Leistungsberechtigter Hilfeempfänger	Sorgeberechtigter/Ehepartner	Ehepartner
Sparguthaben (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
Lebensversicherungen (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
Hauseigentum/sonstiger Grundbesitz	<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
Kraftfahrzeug(e)	<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

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (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

Krankenversicherung	<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
Pflegegrad	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
Asylbewerber	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
Ansprüche gegenüber Dritten	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
Bisherige/gewährte Leistungen	Ich erhalte ähnliche Leistungen (z.B. Heilpädagogik) bereits über einen anderen Leistungsträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung). <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein _____

