

Landratsamt Alb-Donau-Kreis
 Fachdienst Soziale Sicherung, Jobcenter Alb-Donau
 Schillerstraße 30
 89077 Ulm

Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)	
Name, Vorname	
Ggf. vertreten durch	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung, Vormundschaft, bevollmächtigte Person <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/
Welche Leistung zur Teilhabe möchten Sie beantragen?	
Warum möchten Sie diese Leistung beantragen?	

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67b Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I)

<u>Angaben zum Antragsteller</u>	
Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Familienstand	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit Aufenthaltsstatus	
Zuzug am Zuzug von	
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten? Wenn ja, von welchem Träger der Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/>
Telefon und Email	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor <input type="checkbox"/> Ausweis liegt vor (bitte fügen Sie eine Kopie bei) <input type="checkbox"/> Ausweis wurde beantragt

<u>Angaben zur Behinderung</u>	
Art der Behinderung/Einschränkung	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor <input type="checkbox"/> Ausweis liegt vor (bitte fügen Sie eine Kopie bei) <input type="checkbox"/> Ausweis wurde beantragt
Ursache der Behinderung	
Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen? z.B. Unfall, Gewaltverbrechen, Impfschaden, etc	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Falls ja, bitte näher ausführen
Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, von welchem Gesetz

	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)
--	--

Gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter/Vormund/Erziehungsberechtigter
Bitte Nachweis beifügen

Es liegt keine Betreuung vor

Name	
Anschrift	
Telefon und Email	

Pflegeversicherung
Bitte Nachweise beifügen (Bescheid und Gutachten zur Pflegebedürftigkeit)

Name und Anschrift der Pflegekasse: _____

- es besteht keine Pflegebedürftigkeit
- es besteht Pflegebedürftigkeit/ Pflegegrad _____
- Pflegegrad wurde beantragt

Welche Pflegeleistungen erhalten Sie, z. B. Sachleistungen, Geldleistungen, Kombination, Entlastungsbetrag ? Bitte geben Sie auch die Höhe an.

Leistungen anderer Rehabilitations- oder Sozialleistungsträger:
Bitte Nachweise beifügen (Bescheid)

		<u>Welche Leistung wurde bewilligt?</u>	<u>Ansprechpartner, Anschrift</u>
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Jobcenter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weitere:			

Hinweis zur Mitwirkung:

Wir weisen darauf hin, dass Sie (bzw. der/die von Ihnen Vertretene) im Rahmen der Antragsstellung zur Mitwirkung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen und vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Die Mitwirkung ergibt sich aus § 60 SGB I. Kommen Sie Ihrer Mitwirkung nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§60, 66 SGB I).

Hinweise zum Datenschutz

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67a Abs. 1 SGB X i. V. m. § 60 SGB I. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 23 SGB IX. Diese Daten sind notwendig, um die Voraussetzungen, Ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe gewähren zu können, zu prüfen. Die personenbezogenen Daten werden dafür digital erfasst und gespeichert. An andere Stellen oder ggf. an den Leistungsträger werden Ihre personenbezogenen Daten nur weitergegeben, wenn dies erforderlich und gesetzlich zugelassen ist.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass, wir Ihren Antrag ohne Zustimmung zum Datenaustausch in einzelnen oder allen Bereichen gegebenenfalls nicht weiterbearbeiten können.

Widerspruchsrecht / Einwilligung

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben).

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, sowie Berichte weiterer beteiligter Therapeuten, die für die Entscheidung erforderlich sind, eingeholt werden können. Desweiteren können Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden.

ja nein

Erklärung:

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher und unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Dritte auf das Landratsamt Alb-Donau-Kreis übergeleitet und Ersatzansprüche gegen andere Leistungsträger geltend gemacht werden können. Ich bestätige, dass ich jede Änderung der Familien-, Wohn-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitteilen werde.

Ort, Datum

Unterschrift