

Landratsamt Lörrach  
Sachgebiet Behindertenhilfe  
Palmstr. 3  
79539 Lörrach

## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß § 53 ff. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch zur Kostenübernahme

### ■ Antragsteller

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
zuletzt wohnhaft in \_\_\_\_\_

Ist Ihr derzeitiger Wohnort ein Heim?

Ja  Nein

Wenn ja, zahlen Sie die Heimkosten selbst?

Ja  Nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuerin/einen gesetzlichen Betreuer?

Ja (Bitte auf Seite 2 weitere Angaben machen.)  Nein

### ■ Art der beantragten Leistung

ab dem \_\_\_\_\_

#### Sachleistung

- Stationäres Wohnen  
sowie Grundsicherung im Heim
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Betreutes Wohnen in Familien
- Wohnbegleitung in der Herkunftssituation
- Ambulantes Wohntraining/Wohnschule
- Hilfsmittel
- Seniorengruppe
- Sonstige Tagesstruktur
- Therapienebenkosten
- Persönliches Budget
- \_\_\_\_\_

(Bitte jeweils alle Anlagen ausfüllen.)

- Kurzzeit-Verhinderungspflege  
**Bitte Anlage 3 ausfüllen.**

- Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen
- Förder- und Betreuungsgruppe  
**Bitte jeweils Anlage 2 ausfüllen.**

- Lohnkostenzuschuss  
**Bitte Anlage 1 ausfüllen.**

■ **Vorgesehener Leistungserbringer (Betreuende/-r Einrichtung/Verband)**

Name und Anschrift

Ansprechpartner (Einrichtung/Verband)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

■ **Staatsangehörigkeit**

Deutsch

EU-Bürger

andere Staatsangehörigkeit

Bitte bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit eine Ausweiskopie und einen Nachweis über den ausländerrechtlichen Status vorlegen.

■ **Familienstand**

ledig

getrennt lebend

verheiratet seit \_\_\_\_\_

verwitwet

geschieden seit \_\_\_\_\_  
(Scheidungsurteil/Unterhaltsverzicht beifügen.)

Kinder Anzahl \_\_\_\_\_

Bitte Name und Anschrift des Ehepartners, des getrennt lebenden Ehepartners oder des geschiedenen Ehepartners angeben.

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

■ **Angaben zum/-r gesetzlichen Betreuer/-in**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

■ **Bereich der Betreuung**

Aufenthalt

freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Gesundheit

Ergänzungsbetreuer

Vermögen

**Bitte eine Kopie des Betreuerausweises beifügen.**

Wohnungsangelegenheiten

Bitte eine Kopie des Betreuerausweises beifügen.

■ **Schwerbehindertenausweis**

Grad der Behinderung in Prozent \_\_\_\_\_

Merkzeichen \_\_\_\_\_

Bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.

■ **Unterhaltspflichtige getrennt lebende oder geschiedene Ehepartner oder Kinder**

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____

■ **Angaben zu den Eltern**

**Mutter**

Vorname \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Vater**

Vorname \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mutter verstorben am \_\_\_\_\_

Vater verstorben am \_\_\_\_\_

nicht bekannt

Bitte unbedingt ausfüllen.

■ **Rentenversicherungsträger des Hilfebedürftigen**

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

■ **Kranken- und Pflegeversicherungsträger des Hilfebedürftigen**

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus  familienversichert  pflichtversichert  freiwillig versichert

Pflegestufe/-grade  0  1  2  3  4  5

Anspruch auf Entlastungsbetrag nach dem § 45 b SGB XI?  Ja  Nein

■ **Beihilfeberechtigung**

Besteht für Sie eine Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften (waren Sie oder Ihre Eltern oder einer der beiden in einem Beamtenverhältnis)?

Nein

Ja, dann bitte Name und Anschrift des Beihilfeberechtigten angeben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des ehemaligen Dienstherrn

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeiten Sie derzeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen?

- Nein  
 Ja, dann bitte Name und Anschrift der Werkstatt angeben.

---

---

■ **Angaben zur bisherigen Förderung**

Letzter Aufenthalt außerhalb einer stationären Einrichtung mit Anschrift

---

---

Bisherige Förderung

---

---

Warum reicht die bisherige Förderung nicht mehr aus?

---

---

Welche Ziele sollen erreicht werden?

---

---

■ **Geht die Notlage des Hilfebedürftigen auf einen Verkehrsunfall, eine Straftat, einen Arbeits- oder Wegeunfall oder einen Haftungsfall zurück?**

- Nein  
 Ja, dann bitte Name und Anschrift des Versicherers angeben und Nachweise beifügen.

---

---

■ **Datenschutzhinweise**

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches I (SGB I) erhoben. Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt.

Bei fehlender Mitwirkung der/des Betroffenen kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/-in bzw. Betreuer/-in

## ■ Datenschutzerklärung

### Datenschutzrechtlicher Hinweis

Um alle Leistungsvoraussetzungen Ihrer gewünschten Eingliederungshilfe überprüfen zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung zum Einholen von ärztlichen Auskünften und Untersuchungsunterlagen sowie zur Verarbeitung und Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten, soweit dies für die Leistungsgewährung erforderlich ist.

**Wir bitten Sie, die unten aufgeführte Einwilligungserklärung sorgfältig zu lesen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns.**

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie im Zuge der Leistungsbewilligung eine Mitwirkungspflicht haben. Kommen Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, wird die Aufklärung des Sachverhaltes dadurch erheblich erschwert und die gewünschte Leistung kann bis zur Nachholung der Mitwirkung versagt werden. Die für die Entscheidung relevanten Daten werden nur im **Rahmen der Leistungsprüfung** erhoben, verarbeitet und weitergeleitet.

## ■ Einwilligungserklärung

Antragsteller/-in \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- Auskünfte aus **ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen**, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten oder denen, die ich im nachfolgenden Fragebogen angegeben habe oder die aus den beigefügten Unterlagen ersichtlich sind, eingeholt werden können. Diese sind
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
- Daten und ärztliche Unterlagen, die bereits dem Sachgebiet **Soziale Entschädigung & Schwerbehindertenrecht** des zuständigen Sozialhilfeträgers übermittelt wurden, zur Leistungsprüfung herangezogen werden dürfen.
- Daten zur gesundheitlichen Situation, zu vorliegenden Behinderungen, zur Zielsetzung der Hilfe und zum Hilfebedarf durch den **Fachbereich (FB) Gesundheit, durch ein neurologisch/psychiatrisches Fachkrankenhaus oder durch den Medizinisch-Pädagogischen Dienst** erhoben, dokumentiert und an den zuständigen Sozialhilfeträger sowie dem Schulamt, zur schulrechtlichen Entscheidung über die Notwendigkeit einer Heimaufnahme, weitergeleitet werden dürfen.
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen, soweit dies erforderlich ist, an **andere Sozialleistungsträger, an das Schulamt sowie an ärztliche Gutachter** (hier: FB Gesundheit, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergeleitet werden dürfen.

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin. Die von mir abgegebene Datenschutzerklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung bin ich aufmerksam gemacht worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/-in bzw.  
gesetzliche/-r Vertreter/-in

# Einkommenserklärung zum Antrag auf Leistungen des Hilfebedürftigen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

für Name, Vorname \_\_\_\_\_

## ■ Einkommensarten des Antragstellers (monatliche Werte)

### ■ Lohn/Gehalt

- Lohn/Gehalt aus Erwerbstätigkeit \_\_\_\_\_ €
- Werkstattlohn \_\_\_\_\_ €
- Nebenverdienst \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges \_\_\_\_\_ €

Bitte Lohnnachweise für die letzten 2 Monate (bei ungleichmäßiger Lohnzahlung für die letzten 6 Monate) beilegen.

### ■ Sachbezüge (freies Wohnen/Kost)

- Freies Wohnen \_\_\_\_\_ €
- Freie Kost \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges \_\_\_\_\_ €

Bitte den Übergabevertrag vorlegen.

### ■ Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit

- Land- und Forstwirtschaft \_\_\_\_\_ €
- Gewerbe \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges \_\_\_\_\_ €

Bitte den letzten Steuerbescheid/die letzte Gewinnfeststellung vorlegen.

### ■ Einkommen aus Kapitalvermögen (Zinsen)

Art	Zeitraum	Betrag	€
<input type="checkbox"/> Zinsen	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	_____	_____	€

### ■ Einkommen aus Vermietung und Verpachtung

- Vermietung \_\_\_\_\_ €
- Verpachtung \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges \_\_\_\_\_ €

### ■ Einkommen aus Sozialleistungen

- Altersrente \_\_\_\_\_ €
- Erwerbsminderungsrente \_\_\_\_\_ €
- Witwenrente \_\_\_\_\_ €
- Waisenrente \_\_\_\_\_ €
- Unfallrente \_\_\_\_\_ €
- Rente aus privater Rentenversicherung \_\_\_\_\_ €
- Grundsicherung Sozialamt \_\_\_\_\_ €
- Pflegegeldleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz \_\_\_\_\_ €
- Arbeitslosengeld I oder II \_\_\_\_\_ €
- Blindengeld/Opferentschädigung \_\_\_\_\_ €
- Wohngeld \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges \_\_\_\_\_ €

■ Kindergeld für

Name	Vorname	Betrag in €
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

■ Unterhaltsleistungen

Titel	Art	Betrag in €
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	_____

Bitte jeweils Nachweise in Kopie beifügen.

■ **Haushaltsangehörige**

■ Wer lebt gemeinsam mit dem Leistungsempfänger in einer Wohnung?

Name, Vorname	Geb.-Datum
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

■ Haben obige Haushaltsangehörige ein eigenes Einkommen?

Ja             Nein

Wenn ja, bitte ausfüllen und Nachweise in Kopie beifügen.

Name, Vorname	Betrag/Monat in €
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

■ Haben obige Haushaltsangehörige eigenes Vermögen?

Ja             Nein

Wenn ja, bitte ausfüllen und Nachweise in Kopie beifügen.

Name, Vorname	Wert/Betrag in €
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

## ■ Ausgaben

■ Wohnung		
Miete (inklusive aller Nebenkosten)	_____	€
■ Eigenheim		
Zinsbelastung	_____	€
Tilgung	_____	€
■ Nebenkosten		
Strom	_____	€
Heizung/Warmwasser	_____	€
Müll	_____	€
Weitere Nebenkosten	_____	€
■ Versicherungen		
Privathaftpflicht	_____	€
Hausrat	_____	€
Unfall	_____	€
Lebensversicherung auf Rentenbasis	_____	€
Sterbegeldversicherung	_____	€
■ Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	_____	€

Bitte entsprechende Nachweise in Kopie beifügen, z. B. Mietvertrag, Zinsvereinbarung, Nebenkostenabrechnung, Versicherungspolice/-rechnungen.



# Vermögenserklärung zum Antrag auf Leistungen des Hilfebedürftigen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

für Name, Vorname \_\_\_\_\_

## ■ Vermögen

■ Ist Bargeld vorhanden?

Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €  Nein

■ Besteht innerhalb eines Heimes ein Barbetragkonto/Taschengeldkonto?

Ja, Kontostand \_\_\_\_\_ € Datum \_\_\_\_\_  Nein

■ Bestehen Spar- oder Girokonten?

Ja  Nein

Sparkonto/Girokonto	Bank	Kontonummer	Kontostand in €	zum (Datum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Bitte Kontoauszüge der letzten 3 Monate vorlegen.

■ Bestehen Bausparverträge oder sonstige Sparverträge?

Ja  Nein

Name der Bank/ Bausparkasse	Vertragsnummer	Vertragsab- schlussdatum	Fälligkeits- datum	Kontostand in €	zum (Datum)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bitte Bestätigung des Versicherers beilegen.

■ Bestehen Lebensversicherungen?

Ja  Nein

Name der Versicherung	Vertragsnummer	Vertragsab- schlussdatum	Fälligkeits- datum	Rückkaufs- wert in €	Überschuss- beteiligung	zum (Datum)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bitte Bestätigung des Versicherers beilegen.

- Besteht Anspruch auf vermögenswirksame Leistungen vom Arbeitgeber?

Ja     Nein

Wenn ja, diese werden einbezahlt in \_\_\_\_\_

- Besteht ein sonstiger Anspruch auf Leistungen Dritter?

(z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Pflege)

Ja     Nein

Wenn ja, in welcher Form? \_\_\_\_\_

- Sind Sie Eigentümer eines Kraftfahrzeuges?

Ja     Nein

Amtliches Kennzeichen	Fahrzeugtyp/-art	Halter des Fahrzeuges	Baujahr	Erwerbsdatum	Kaufpreis in €
--------------------------	------------------	-----------------------	---------	--------------	----------------

\_\_\_\_\_

- Sind Sie Eigentümer eines Grundstückes/einer Immobilie?

Ja     Nein

Wenn ja, bitte die entsprechenden Unterlagen beilegen, die Auskunft über die Eigentumsverhältnisse und den Verkehrswert geben können (z. B. Grundbuchauszüge usw.).

- Besteht ein aktueller Anspruch auf ein Erbe?

Ja     Nein

Wenn ja, bitte den Namen des Erblassers angeben und geschätzten Wert des Erbes in € angeben.

\_\_\_\_\_ €

- Haben sie die letzten zehn Jahre Vermögenswerte (z. B. Gegenstände/Grundstücke/Bargeld) verschenkt?

Ja     Nein

Wenn ja, bitte auflisten, was, an wen und in welcher Höhe.

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

### ■ Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, das Landratsamt Lörrach über Änderungen in den Vermögensverhältnissen des/der Hilfesuchenden unverzüglich zu unterrichten. Unwahre oder unvollständige Angaben bezüglich des Vermögens können wegen Betrugs strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

Ich gebe diese Erklärung persönlich als Antragsteller/-in ab.

Als Bevollmächtigte/-r gebe ich diese Erklärung im Namen des/der Antragstellers/-in ab.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der erklärenden Person  
(Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Behörde

## Merkblatt über benötigte Unterlagen

- Fachärztliche Stellungnahme
- Stellungnahme der gegenwärtigen Einrichtung zur geplanten Maßnahme
- Eingliederungsvorschlag der Agentur für Arbeit oder der Deutschen Rentenversicherung
- Stellungnahme zur Erfordernis eines Spezialfahrdienstes
- Betreuerausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Einstufungsbescheid der Pflegekasse
- MDK–Gutachten (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)
- Arbeitsvertrag
- Mietbescheinigung, Mietvertrag
- Einverständnis des Vermieters zum Umbau
- Einkommensverhältnisse  
(Kontoauszüge der letzten 6 Monate, Lohnbescheinigungen, Rentenbescheide)
- Vermögensverhältnisse (Sparbuchauszüge, Versicherungspolicen, etc.)
- Nachweise über Versicherungen
- Zusammenstellung zu prüfender vorrangiger Kostenträger
- Kostenvoranschläge in dreifacher Ausfertigung
- Scheidungsurteil
- Unterhaltsverzicht