

Landratsamt Lörrach
Sachgebiet Behindertenhilfe
Palmstr. 3
79539 Lörrach

Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen gemäß § 53 ff. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

■ Antragsteller/-in (Hilfebedürftige/-r)

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____
Ist Ihr derzeitiger Wohnsitz ein Heim? Ja Nein
Wenn ja, zahlen Sie die Heimkosten selbst? Ja Nein

■ Art der beantragten Leistung

ab dem _____

Sachleistung

- Stationäre Aufnahme
- Grundsicherung im Heim
- Tagesstruktur (bspw. Kiga/Schule)
- Betreutes Wohnen
- Betreutes Wohnen in Familien
- Therapienebenkosten
- Sonstiges
- _____
- _____

- Kurzzeit-Verhinderungspflege
- Vermögensabhängige Leistung
(Bitte Seiten 5 und 6 nicht ausfüllen.)**

**Einkommens- und vermögensabhängige Leistungen
(Bitte alle Seiten ausfüllen.)**

■ **Vorgesehener Leistungserbringer (Betreuende Einrichtung)**

Name und Anschrift

Ansprechpartner

Telefon _____
E-Mail _____

■ **Angaben zu den Eltern des/der Antragstellers/-in**

Mutter

Vater

Vorname _____
Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Geb.-Datum _____

Vorname _____
Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Geb.-Datum _____

Mutter verstorben

Vater verstorben nicht bekannt

Bitte unbedingt ausfüllen.

■ **Wer hat für das Kind die elterliche Sorge?**

Mutter Vater

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

Name _____
Straße _____
Telefon _____

Vorname _____
PLZ/Ort _____

■ **Bereich der Betreuung**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt | <input type="checkbox"/> freiheitsbeschränkende Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit | <input type="checkbox"/> Ergänzungsbetreuer |
| <input type="checkbox"/> Vermögen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten | |

Bitte eine Kopie des Betreuerausweises beifügen.

■ **Schwerbehindertenausweis**

Grad der Behinderung in Prozent _____ Merkzeichen _____

Bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.

■ Arbeiten Sie derzeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift der Werkstatt angeben.

■ **Staatsangehörigkeit**

deutsch EU-Bürger andere

Bitte eine Ausweiskopie sowie bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit einen Nachweis über den ausländischen Status vorlegen.

■ **Familienstand**

ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend

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

■ **Beihilfeberechtigung**

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

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Beihilfeberechtigten angeben.

Name und Anschrift des ehemaligen Dienstherrn

■ **Rentenversicherungsträger**

Name _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Versicherungsnummer _____

■ **Kranken- und Pflegeversicherungsträger**

Name _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Versicherungsstatus familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

Versicherungsnummer _____

Pflegestufe 1 2 3

■ **Geht die Notlage des/-r Antragstellers/-in auf einen Verkehrsunfall, eine Straftat, einen Arbeits- oder Wegeunfall oder einen Haftungsfall zurück?**

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Versicherers angeben und Nachweise beifügen.

■ **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?

■ Einkommenserklärung zum Antrag

■ Einkommensarten des Antragstellers (monatliche Werte)

■ Lohn/Gehalt

- Lohn/Gehalt aus Erwerbstätigkeit _____ €
- Werkstattlohn _____ €
- Sonstiges _____ €

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

■ Sachbezüge (freies Wohnen/Kost)

- Freies Wohnen _____ €
- Freie Kost _____ €

Bitte den Übergabevertrag vorlegen.

■ Einkommen aus Kapitalvermögen (Zinsen)

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

■ Einkommen aus Vermietung und Verpachtung

- Vermietung _____ €
- Verpachtung _____ €

■ Einkommen aus Sozialleistungen

- Waisenrente _____ €
- Unfallrente _____ €
- Grundsicherung Sozialamt _____ €
- Pflegegeldleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz _____ €
- Sonstiges _____ €

■ Kindergeld für

- | Name | Vorname | Betrag |
|-------|---------|---------|
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |

■ Unterhaltsleistungen

- | Titel | Art | Betrag |
|---|-------|---------|
| <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	Geburtsdatum
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

- Haben obige Haushaltsangehörige ein eigenes Einkommen?

Ja Nein

Wenn ja, bitte ausfüllen und Nachweise in Kopie beifügen.

Name, Vorname	Monatlicher Betrag 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. _____	_____

■ **Vermögenserklärung des/der Antragsstellers/-in**

■ Ist Bargeld vorhanden?

Ja, in Höhe von _____ € Nein

■ Besteht innerhalb eines Heimes ein Barbetragkonto/Taschengeldkonto?

Ja, Kontostand _____ € Datum _____

■ Bestehen Spar- oder Girokonten?

Ja Nein

Spar-/Girokonto	Bank	IBAN	Kontostand in €	Datum
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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 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

_____ €

■ Erklärung

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

- Ich gebe diese Erklärung persönlich als Antragsteller 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

■ 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).

Unterschrift Antragstellers/-in bzw.
gesetzliche/r Vertreter/-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 _____ Geburtsdatum _____

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 des/der Antragstellers/-in bzw.
gesetzliche/n Vertreterin/s