
Landratsamt Lörrach
Sachgebiet Eingliederungshilfe SGB IX
Palmstr. 3
79539 Lörrach

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)

■ Antrag für

Name _____ Vorname _____

■ Gegebenenfalls vertreten durch

gesetzliche Betreuung, Vormundschaft, bevollmächtigte Person

Sorgeberechtigte/-n

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

■ Welche Hilfe benötigen Sie und warum?

■ Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67a Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b 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. Die Datenschutzbestimmungen des Landratsamtes Lörrach und die Datenschutzinformation (Art. 13 Datenschutzgrundverordnung) finden Sie unter www.loerrach-landkreis.de/datenschutz.

■ Daten der antragstellenden Person

1. Personendaten

Vorname _____

Name _____

PLZ, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Geschlecht _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

Art des Schulabschlusses _____

Erlerner Beruf bzw. zuletzt
ausgeübte Tätigkeit _____

Für ausländische Staatsangehörige:

Art des Aufenthaltstitels _____

Aufenthaltstitel gültig bis _____

2. Daten der Eltern (nur erforderlich, wenn Antragsteller/-in minderjährig ist)

	Mutter	Vater
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
PLZ, Wohnort	_____	_____
Straße, Hausnummer	_____	_____
Geburtsdatum (falls bereits verstorben, auch das Sterbedatum)	_____	_____

3. Daten des/-r nicht getrenntlebenden Ehegatten/-in, Lebenspartners/-in oder Partners/-in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft

(Freiwillige Angaben, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrages führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Name _____
Vorname _____
PLZ, Wohnort _____
Straße, Hausnummer _____
Telefon _____
Geburtsdatum (falls bereits verstorben, auch das Sterbedatum) _____

4. Daten der unterhaltsberechtigten Kinder (sofern im gleichen Haushalt lebend)

(Freiwillige Angaben, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrages führen und sich somit positiv für Sie auswirken.) Für weitere Kinder verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt.

	Kind 1	Kind 2
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
PLZ, Wohnort	_____	_____
Straße, Hausnummer	_____	_____

5. Behinderung

Art der Behinderung _____

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? Ja Nein

Ist die Behinderung aufgrund eines Verkehrsunfalls, einer Straftat, eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder eines Haftungsfalls eingetreten? Ja Nein

Bestehen Schadenersatzansprüche? Ja Nein

Ggf. gegen wen: _____

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz? Ja Nein

Falls ja, nach welchem Gesetz? Bundesversorgungsgesetz (BVG)
 Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
 Zivildienstgesetz (ZDG)
 Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG)
 Häftlingshilfegesetz (HHG)
 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
 Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Erhalten Angehörige, die im gleichen Haushalt leben, von Ihnen Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz? Ja Nein

Falls ja, nach welchem Gesetz? Bundesversorgungsgesetz (BVG)
 Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
 Zivildienstgesetz (ZDG)
 Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG)
 Häftlingshilfegesetz (HHG)
 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
 Opferentschädigungsgesetz (OVG)

Falls ja, als Beschädigte/-r
 Hinterbliebene/-r

6. Kranken- und Pflegeversicherung

Besteht eine Krankenversicherung? Ja Nein

Name der Krankenkasse _____

Krankenversicherungsnummer _____

Anschrift der Geschäftsstelle _____

Versicherungsart Pflichtversicherung
 Familienversicherung über: _____
 private Krankenversicherung
 freiwillige Krankenversicherung

Pflegegrad keiner 1 2 3 4 5 beantragt

Ggf. seit wann _____

Welche Leistungen der Pflegeversicherung werden erhalten? Pflegegeld
 Pflegesachleistung
 Entlastungsbetrag
 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

7. Beihilfe

Sind oder waren Sie oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt? Ja Nein

Dienstherr _____

Beihilfeberechtigte Person _____

Beihilfestelle _____

Beihilfenummer _____

8. Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung
 Bund
 Baden-Württemberg
 andere: _____

Rentenversicherungsnummer _____

Versicherungsverlauf – Entrichtung von Beiträgen zur Rentenversicherung

Während welcher Zeiträume haben Sie Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet und an welche Versicherungsanstalt? Dazu zählen versicherungspflichtige Beschäftigungen (auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen -WfbM-/Berufsbildungsbereich), Kindererziehungszeiten, Zeiten einer freiwilligen Versicherung. Falls vorhanden, bitte Versicherungsverlauf beifügen.

Rentenversicherungsträger	von	bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9. Agentur für Arbeit

Arbeitsagentur (Ort) _____

Kundennummer _____

Fand bereits ein Beratungsgespräch statt? Ja Nein

10. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Beziehen Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten?

Ja Nein

Behörde

von

bis

11. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse

Tatsächliche Aufenthalte in den letzten sechs Monaten, müssen nicht unbedingt mit der polizeilichen Meldeadresse übereinstimmen.

Ort

von

bis

12. Bankverbindung

Name der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Anschrift der Bank

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Eingliederungshilfeleistungen zurückzahlen muss. Alle Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse, werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Ggf. Unterschrift Betreuer/-in /
Bevollmächtigte/-n / Sorgeberechtigte/-n

Dem Antrag sind u. a. folgende Unterlagen in Kopie beizufügen:

- Bei Bestehen einer gesetzlichen Betreuung: Betreuerausweis und Betreuungsgutachten
- Bei minderjährigen antragstellenden Personen: Nachweis über das Sorgerecht, sofern nicht von beiden Elternteilen gemeinsam ausgeübt
- Gültiges Ausweisdokument (Bild und Ausweisnummer können geschwärzt werden)
- Bei ausländischen Staatsangehörigen: Aufenthaltstitel
- Schwerbehindertenausweis
- Krankenversicherungskarte
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über die Feststellung eines Pflegegrads (Pflegegutachten)
- Nachweis über die Leistungen der Pflegekasse
- Ärztliche Unterlagen, aus denen sich Art und Schwere der Behinderung ergeben

Bitte denken Sie daran, den Antrag vollständig auszufüllen und Ihre Angaben durch notwendige Nachweise zu belegen. Fehlende Angaben und Unterlagen müssen nachgefordert werden und verzögern die Bearbeitung.

■ Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – EUTB – nach § 32 SGB IX

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf: <https://www.teilhabeberatung.de>.

EUTB Lörrach Chesterplatz 9 (2. OG), 79539 Lörrach,
Tel. 07621 / 410-5036 und 5037
eutb@fritz-berger-stiftung.de

EUTB Bad Säckingen Rudolf-Eberle-Platz 11, Am St. Marienhaus
79713 Bad Säckingen,
Tel. 07761 / 999-1670
beratung@eutb-badsaeckingen.de