

---

Landratsamt Lörrach  
Eingliederungshilfe SGB IX  
Palmstr. 3  
79539 Lörrach

## Antrag auf Gewährung von

- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung**
  - Leistungen zur Mobilität (Spezialbeförderung)**
- 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 Datenschutzzinformation (Art. 13 Datenschutzgrundverordnung) finden Sie unter [www.loerrach-landkreis.de/datenschutz](http://www.loerrach-landkreis.de/datenschutz).

## ■ Daten der antragstellenden Person

### 1. Personendaten

|  |       |
|--|-------|
| Name   | _____ |
| Vorname  | _____ |
| PLZ, Wohnort   | _____ |
| Straße, Hausnummer                                   | _____ |
| Telefon  | _____ |
| E-Mail   | _____ |
| Geburtsdatum   | _____ |
| Geburtsort   | _____ |
| Geburtsname  | _____ |
| Geschlecht   | _____ |
| Staatsangehörigkeit                                  | _____ |
| Familienstand  | _____ |
| Renten- oder<br>Sozialversicherungsnummer            | _____ |
| Art des Schulabschlusses                             | _____ |
| Erlerner Beruf bzw. zuletzt aus-<br>geübte Tätigkeit | _____ |
| <b>Für ausländische Staatsangehörige:</b>            |       |
| 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<br>verstorben, auch das Sterbedatum) | _____  | _____ |

### 3. 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)

### 4. Kranken- und Pflegeversicherung

Besteht eine Krankenversicherung?  Ja  Nein

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Pflegegrad  keiner  1  2  3  4  5  beantragt

Ggf. seit wann \_\_\_\_\_

### 5. Beihilfe

Sind oder waren Sie oder ein Elternteil Beamtin/Beamter?  Ja  Nein

### 6. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

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

### 7. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse

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

| Ort   | von   | bis   |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

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 ausländischer Staatsangehörigkeit: 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 / 579-6820 und 6821  
[eutb@fritz-berger-stiftung.de](mailto:eutb@fritz-berger-stiftung.de)

Nebenstandorte:                Rheinfelden, Friedrichstraße 6, Bürgertreff Gambrinus  
Schönau im Schwarzwald, Talstraße 22, Rathaus

**Es wird um Terminvereinbarung gebeten.**