

Eingangsvermerk - Empfänger

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Abt. Inklusion und Eingliederung
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Sitz: Glashütter Straße 51, 01309 Dresden
Telefon: (03 51) 4 88 49 51
Telefax: (03 51) 4 88 49 03

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe (SGB IX)

gewünschte Leistung

Kurzbeschreibung des Unterstützungsbedarfs

beabsichtigter Leistungsbeginn

ggf. Einrichtung (Kita, Schule, Heim etc.)

Wurden bereits Eingliederungshilfe beantragt?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Zeitraum

Angabe zum Träger

Wer hat die Leistung bezahlt?

1. Persönliche Angaben zum Antragsteller/Angaben zum zu fördernden Kind bzw. Jugendlichen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht:

weiblich

männlich

divers

Geburtsort

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse (freiwillige Angabe)

derzeitige Wohnanschrift

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Stadtteil
(freiwillige Angabe)

letzte Wohnanschrift (zwei Monate vor Antragstellung)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Staatsangehörigkeit, falls keine deutsche Staatsangehörigkeit

Aufenthaltstitel/Gültigkeit/Einreise in Deutschland (Nachweis bitte vorlegen)

Aufenthaltsgestattung Aufenthaltserlaubnis Duldung sonstiger Status

Gültigkeit bis Einreise in Deutschland am

Krankenkasse

Pflegegrad
(Nachweis bitte vorlegen) nein ja, Grad:
Pflegesachleistung Pflegegeld

Behinderung/
Schwerbehinderung
(Nachweis bitte vorlegen) nein
ja, Grad: 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Merkzeichen: G (erheblich gehbehindert) aG (außergewöhnlich gehbehindert) BL (Blind) GL (Gehörlos)
H (Hilflosigkeit) B (Begleitperson) TBI (Taubblindheit) RF (Rundfunk/Fernsehen)

2. Ursache der Behinderung

Unfall, wenn ja: Name der Versicherung/Nummer

/

Gewaltverbrechen

Berufskrankheit

angeboren

sonstiges

3. Familienverhältnisse

(nur auszufüllen bei minderjährigen antragstellenden Personen – sonst weiter bei 5.)

Elternteil 1

Name Vorname Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsort

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Telefonnummer (freiwillige Angabe) E- Mailadresse (freiwillige Angabe)

derzeitige Wohnanschrift
Straße Hausnummer PLZ Ort

letzte Wohnanschrift (zwei Monate vor Antragstellung)
Straße Hausnummer PLZ Ort

Elternteil 2
Name Vorname Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsort

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Telefonnummer (freiwillige Angabe) E- Mailadresse (freiwillige Angabe)

derzeitige Wohnanschrift
Straße Hausnummer PLZ Ort

letzte Wohnanschrift (zwei Monate vor Antragstellung)
Straße Hausnummer PLZ Ort

4. Die Ausübung des Sorgerechts erfolgt durch: (wenn nicht zutreffend frei lassen)

leibliche Eltern/Adoptiveltern

Amts-/Vormund-/Pflegschaft/Betreuer (Wenn zutreffend, weiter unter Punkt 5)

5. Amtsvormund/Amtspflegschaft/Bevollmächtigter/Betreuer**Amtsvormund/Amtspflegschaft/Bevollmächtigter/Betreuer 1**

Name

Vorname

Geschlecht:

weiblich

männlich

divers

Wohnanschrift

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Amtsvormund/Amtspflegschaft/Bevollmächtigter/Betreuer 2

Name

Vorname

Geschlecht:

weiblich

männlich

divers

Wohnanschrift

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Bitte fügen Sie die Nachweise zur Bevollmächtigung oder Betreuung bei.

Geeignete Nachweise sind Vorsorgevollmacht, Generalvollmacht, Betreuerausweis oder Bestallungsurkunde.

6. Allgemeine Hinweise und Erklärung

Es wird versichert, dass sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden. Falsche oder unvollständige Angaben können zu einer Verfolgung wegen Betrugs und zu einem Erstattungsanspruch wegen zu Unrecht erhaltener Leistungen führen.

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen sind unverzüglich anzugeben (vgl. § 60 Abs. 1 S. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I). Bei Unterlassen oder unzureichender Mitwirkung im Sinne der §§ 60 – 62, 65 SGB I, kann die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt/entzogen werden, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (vgl. § 66 SGB I).

Die im Beratungsgespräch erfragten Daten werden benötigt, um den Hilfebedarf zu erkennen und angemessen beraten und unterstützen zu können. Die erfragten Daten werden durch die Mitarbeiter der Abteilung Inklusion/Eingliederung im Sozialamt der Landeshauptstadt Dresden unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Sozialgesetzbuches, des Bundesdatenschutzes sowie des Sächsischen Datenschutzgesetzes gespeichert und genutzt.

, Datum, Ort

Unterschrift Antragsteller/gesetzliche Vertretung

7. Ergänzende Hinweise zur beantragten Leistung

Gemäß § 8 Abs. 2 SGB IX kann die/der Antragstellende die Form der Leistungen der Eingliederungshilfe wählen. Auf die Möglichkeit des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX ist hiermit hingewiesen.

Die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ (kurz: EUTB) nach § 32 SGB IX ist ein zusätzliches Beratungsangebot. Sie unterstützt und berät Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige unentgeltlich bundesweit zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe.

, Datum, Ort

zur Kenntnis genommen:

Unterschrift Antragsteller/gesetzliche Vertretung