

Eingangsvermerk

Datum

Antrag auf Leistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Eingliederungshilfe nach dem SGB IX - 2. Teil

sonstiges: _____

Grund der Antragstellung: (Bitte geben Sie aussagekräftig an, warum ein Leistungsanspruch geltend gemacht wird.)

Wichtige Ausfüllhinweise:

- Bitte füllen Sie **alle Felder vollständig** aus. Bei mehreren Auswahlmöglichkeiten kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffende an. Die **Streichung** ganzer Antragsbereiche **ist nicht zulässig**.
- Sofern der Platz im Antrag nicht ausreichen sollte, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt mit den weiteren Angaben als Anlage bei.
- Bitte fügen Sie die erforderlichen **Nachweise und Unterlagen möglichst vollständig** bei, um Rückfragen und dadurch entstehende Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden.

I.	Persönliche Verhältnisse der antragstellenden Person	(minderjährig) antragstellende Person -	Partner*in
1.	Familienname		
2.	Geburtsname		
3.	Vorname		
4.	Geburtsdatum		
5.	Geburtsort/Kreis		
6.	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
7.	Straße und Hausnummer		
8.	Postleitzahl und Ort		
9.	Telefonnummer und ggf. E-Mail		
10.	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
11.	Staatsangehörigkeit (bitte Nachweis beifügen)		
12.	ausländerrechtlicher Status		
13.	Wurde bereits das Bestehen der Behinderung und/oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte Gutachten beifügen.	
14.	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB: _____ Gültigkeit: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB: _____ Gültigkeit: _____
15.	Ist ein Betreuer/Vormund oder Bevollmächtigter bestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt wenn ja: Name, Anschrift, Telefonnummer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt wenn ja: Name, Anschrift, Telefonnummer

Vollmacht bzw. Beschluss des Amtsgerichtes unbedingt beifügen.		
---	--	--

II. Persönliche Verhältnisse der Eltern der minderjährigen antragstellenden Person	1. Elternteil	2. Elternteil
15. Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/> aml. Vormund (Name, Anschrift des aml. Vormundes) 	
16. Familienname		
17. Vorname		
18. Geburtsdatum, -ort		
19. Adresse (Straße Hausnummer, PLZ Wohnort)		
20. Telefonnummer E-Mail-Adresse		
21. Familienstand		
22. Staatsangehörigkeit		
23. ausländerrechtlicher Status		

III. Auskünfte zu unterhaltsberechtigten Kindern im Haushalt der antragstellenden Person oder der Eltern/ Partnerin
 Sofern der Platz nicht ausreicht, weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen.

<input type="checkbox"/> Keine weiteren im Haushalt lebende unterhaltsberechtignte Kinder					
Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller	Staatsangehörigkeit
1.					
2.					
3.					
4.					

IV. Auskünfte über Leistungen anderer Sozialleistungsträgern zur Sicherung des Lebensunterhalts

1. Folgende Leistungen erhält die antragstellende Person , die Partnerin ;
 bei minderjährigen antragstellenden Personen: Mutter , Vater
Bitte Bescheid der Leistungsbehörde beifügen

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld

ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27 a BVG oder vergleichbare Leistungen

Leistungen in besonderen Fällen nach dem § 2 AsylbLG

2. Ich erhalte keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.

Wenn keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts bezogen werden, sind die Fragen zum Einkommen und Vermögen der Anlagen Einkommen und Vermögen zum Grundantrag auszufüllen.

V. Auskünfte über Leistungen anderer Rehabilitationsträger, vorrangiger Sozialleistungsträger (§§ 14 ff. SGB IX, §§ 102 ff. SGB X) und Versorgungsleistungen nach dem BVG/OEG und sonstige vorrangige Ansprüche (§ 141 SGB IX, §§ 115, 116 SGB X)				
Haben Sie bereits einen Antrag auf Leistungen bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellt oder andere Ansprüche auf Leistungen (Opferentschädigung, Entschädigungen von Versicherungen, Beihilfe nach dem Beamtenrecht etc.) aufgrund ihrer Behinderung geltend gemacht bzw. erhalten.				
Leistung der	nein	ja	Antragsdatum	Antragsstelle Anschrift, ggf. Aktenzeichen
Krankenversicherung				
Bundesagentur für Arbeit				
Unfallversicherung				
Kriegsopferversorgung und -fürsorge				
Öffentliche Jugendhilfe				
Opferentschädigungsgesetz				
Bundesversorgungsgesetz				
Sonstige Ansprüche				

VI. Aufenthaltsverhältnisse (§ 98 SGB IX)	
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Name des Trägers/der Behörde <hr/>
In den letzten zwei Monaten vor Antragstellung habe ich mich unter der Nr. 1 angegebenen Adresse aufgehalten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn nein: Anschriften der letzten Aufenthalte:	

Anlage Einkommen

A. Einkommensverhältnisse des Vorvorjahres der Antragstellenden Person, der Partner*in oder bei minderjährigen Antragstellenden Personen: der Eltern (§ 135 Absatz 1 SGB IX)				
A.1 Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz des Vorvorjahres (Jahr _____) betragen nach dem Einkommenssteuerbescheid: (Steuerbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen)				
Einkünfte	Antragstellende Person	Partner*in	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind Angaben der Eltern notwendig	
			1. Elternteil	2. Elternteil
aus Land- und Forstwirtschaft	€	€	€	€
aus Gewerbebetrieb	€	€	€	€
aus nichtselbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus selbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus Kapitalvermögen	€	€	€	€
aus Vermietung und Verpachtung	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte	€	€	€	€

A.2 Die Renteneinkünfte des Vorvorjahres (Jahr _____) betragen nach dem Rentenbescheid: (Rentenbezugsmitteilung und/oder Rentenbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen)				
Renteneinkünfte	Antragstellende Person	Partner*in	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind die Angaben der Eltern notwendig	
			1. Elternteil	2. Elternteil
der gesetzl. Rentenversicherung	€	€	€	€
der landwirtschaftl. Alterskasse	€	€	€	€
Rentenversicherung zum Aufbau einer eigenen kapitalgedeckten Alterssicherung	€	€	€	€
Rentenversicherung für eine Absicherung gegen den Eintritt der Berufsunfähigkeit oder verminderten Erwerbstätigkeit	€	€	€	€
aus Altersvorsorgeverträgen	€	€	€	€
aus Pensionsfonds	€	€	€	€
aus Pensionskassen	€	€	€	€
aus Direktversicherungen	€	€	€	€

<p>A.3 Erhebliche Änderungen gegenüber dem Vorvorjahr (§ 135 Absatz 2 SGB IX) Wenn zum Beginn der Leistungsgewährung eine erhebliche Abweichung zu den Einkünften des Vorvorjahres besteht, sind die Einkünfte des laufenden Jahres zu Grunde zu legen. Eine erhebliche Abweichung liegt bei mehr als 15% Abweichung nach oben wie nach unten vor.</p>

Haben sich erhebliche Abweichungen der Einkünfte zum Vorvorjahr ergeben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wenn ja, bitte die voraussichtlichen Jahresbeträge für das aktuelle Jahr angeben.				
Begründung der erheblichen Abweichung (Gründe können sein: Arbeitslosigkeit, Renteneintritt, Wechsel des Arbeitsverhältnisses z. B. Voll- zu Teilzeit):				
aktuell geänderte Einkünfte	Antragstellende Person	Partner*in	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind Angaben der Eltern notwendig	
			1. Elternteil	2. Elternteil
aus Land- und Forstwirtschaft	€	€	€	€
aus Gewerbebetrieb	€	€	€	€
aus selbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus nichtselbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus Kapitalvermögen	€	€	€	€
aus Vermietung und Verpachtung	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte	€	€	€	€
Renteneinkünfte (brutto)	€	€	€	€
Art der Rente				

A.4 Werbungskosten im Zusammenhang mit der Ausübung einer nichtselbständigen Erwerbstätigkeit				
Kosten für Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein			
Bei Nutzung eines PKW: a) Einfache Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort b) Tage/Woche	a) _____ KM b) _____			
Arbeitsmittel	€	€	€	€
Fortbildungskosten	€	€	€	€
Beiträge zu Berufsverbänden	€	€	€	€
Weitere Werbungskosten (Art der Kosten)	€	€	€	€

Anlage Vermögen

B. Vermögensverhältnisse der Antragstellenden Person oder bei minderjährigen Antragstellenden Personen: der Eltern (§ 135 Absatz 1 SGB IX)			
B.1 Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz des Vorvorjahres (Jahr _____) betragen nach dem Einkommenssteuerbescheid: (Steuerbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen)			
Art des Vermögens	Antragstellende Person	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind Angaben der Eltern notwendig	
		1. Elternteil	2. Elternteil
Girokonto Name der Bank IBAN			
Sparbuch Name der Bank: IBAN			
Aufgelöste Girokonten/Sparbücher der letzten drei Monate Name der Bank / IBAN			
Bausparvertrag Name der Bank/Bausparkasse			
Kapitalversicherungen Versicherungssumme Rückkaufwert			
Wertpapiere (z.B. Aktien, Fondsanteile, Bundesschatzbriefe etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in Höhe von _____ € bei _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in Höhe von _____ € bei _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in Höhe von _____ € bei _____
Sonstiges Vermögen (Art des Vermögens und Wert angeben, z. B. Schmuck, Kunstgegenstände, Nießbrauch-/ Patentrechte etc.)			
Grundvermögen Grundbuchauszug vollständig beifügen	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> sonstiges Grundstück <input type="checkbox"/> bebaut, <input type="checkbox"/> unbebaut <input type="checkbox"/> Erbpachtgrundstück Grundbuchblatt, Grundbuchbezirk, Amtsgericht: _____ Verkehrswert (geschätzt) _____ €	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> sonstiges Grundstück <input type="checkbox"/> bebaut, <input type="checkbox"/> unbebaut <input type="checkbox"/> Erbpachtgrundstück Grundbuchblatt, Grundbuchbezirk, Amtsgericht: _____ Verkehrswert (geschätzt) _____ €	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> sonstiges Grundstück <input type="checkbox"/> bebaut, <input type="checkbox"/> unbebaut <input type="checkbox"/> Erbpachtgrundstück Grundbuchblatt, Grundbuchbezirk, Amtsgericht: _____ Verkehrswert (geschätzt) _____ €
Kraftfahrzeuge (PKW, Motorrad, Anhänger) Bitte Kopie vom KFZ-Schein beifügen	<input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="checkbox"/> nein Km-Stand: _____ Wert _____ €	<input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="checkbox"/> nein Km-Stand: _____ Wert _____ €	<input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="checkbox"/> nein Km-Stand: _____ Wert _____ €
Haben Sie in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere, Kfz, Schmuck usw.) veräußert, verschenkt oder sonstige Verfügungen zugunsten anderer Personen getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gegenstände _____ Empfänger _____ Wert _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gegenstände _____ Empfänger _____ Wert _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gegenstände _____ Empfänger _____ Wert _____ €

Erklärungen der antragstellenden Person:

- **Wahrheit und Vollständigkeit**

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

- **Änderungsmitteilungen**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich **jede Änderung** meiner **Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse**, jede **Änderung meiner Wohnverhältnisse**, sowie jede Änderung von Wohnort und Krankenhausaufenthalte **unverzüglich dem Amt Inklusion mitteilen werde**. Ebenso werde ich jede **Arbeitsaufnahme**, auch Aushilfs-/Gelegenheitsarbeiten oder Praktika, **vor Arbeitsaufnahme dem Amt Inklusion unverzüglich mitteilen**.

Die Beantragung anderer Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld II, Pflegegeld) werde ich ebenfalls **unverzüglich dem Amt Inklusion mitteilen**.

- **Strafbarkeit von unwahren und unvollständigen Angaben**

Ich weiß, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben in diesem Antrag sowie durch verspätete oder unterlassene Änderungsmitteilungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Leistungsbezuges gem. § 263 Strafgesetzbuch strafbar mache. Wer Sozialhilfebetrug begeht, kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft werden. Bereits der Versuch ist strafbar.

- **Datenschutzhinweis**

Bitte nehmen Sie das **Merkblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zum Gesamt- und Teilhabepflanverfahren Niedersachsen** zur Kenntnis.

- **Ermächtigungen**

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (freiwillige Angabe; sofern Sie die Einwilligung nicht erteilen, haben Sie im Rahmen der Mitwirkungspflichten die erforderlichen Informationen und Unterlagen selbst beizubringen)

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass das Amt Inklusion - soweit für die abschließende Prüfung dieses Antrags erforderlich - Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einsehen, die erforderlichen Informationen einholen und ggf. erforderliche Unterlagen in Kopie zur Akte im Amt Inklusion übernehmen darf.

Ich willige hiermit ein, dass das Amt Inklusion für die Leistungserbringung erforderliche amtsärztliche/fachärztliche Stellungnahmen mit Diagnostik nach ICD 10 zur Feststellung der Notwendigkeit der beantragten Maßnahme einholen bzw. entgegennehmen darf.

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Ort/Datum	Unterschrift 1. Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift 2. Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift)	Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift)

Urschriftlich zurücksenden an den:

Landkreis Hameln-Pyrmont
31 Amt Inklusion
Süntelstraße 9
31785 Hameln