

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 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		
12.	ausländerrechtlicher Status (bitte Nachweis beifügen)		
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? Vollmacht bzw. Beschluss des Amtsgerichtes unbedingt beifügen.	<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 _____ _____

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"/> amtl. Vormund (Name, Anschrift des amtl. Vormundes) 	
16.	Familiename		
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 unterhaltsberechtigte 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 <input type="checkbox"/> , die Partnerin <input type="checkbox"/> ; bei minderjährigen antragstellenden Personen: Mutter <input type="checkbox"/> , Vater <input type="checkbox"/> Bitte Bescheid der Leistungsbehörde beifügen
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld
<input type="checkbox"/> ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27 a BVG oder vergleichbare Leistungen
<input type="checkbox"/> Leistungen in besonderen Fällen nach dem § 2 AsylbLG
2. Ich erhalte keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. <input type="checkbox"/>

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? ja nein
 wenn ja: Name des Trägers/der Behörde

In den letzten zwei Monaten vor Antragstellung habe ich mich unter I Nr. 8 angegebenen Adresse aufgehalten: ja nein

Unter folgenden Anschriften bzw. Adressen habe ich mich aufgehalten:

von... bis... Anschrift:

von... bis... Anschrift

von... bis... Anschrift

von... bis... Anschrift

von... bis... Anschrift

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 Teilhabepflichtverfahren 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