

Eingangsvermerk
Datum

Antrag auf Leistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) Eingliederungshilfe nach dem SGB IX - 2. Teil

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.
- 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 | 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 | | |
| 10. | E-Mail | | |
| 11. | Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft |
| 12. | Staatsangehörigkeit (bitte Nachweis beifügen) | | |
| 13. | ausländerrechtlicher Status | | |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 14. | 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. | |
| 15. | Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB: _____ Gültigkeit: _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB: _____ Gültigkeit: _____ |
| 16. | Ist ein Betreuer 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. Auskünfte zu unterhaltsberechtigten Kindern im Haushalt der antragstellenden Person/Partnerin
 Sofern der Platz nicht ausreicht, weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen.

Keine im Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder

| Nr. | Name | Vorname | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller | Staatsangehörigkeit |
|-----|------|---------|--------------|---|---------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |

III. Auskünfte über Leistungen anderer Sozialleistungsträger zur Sicherung des Lebensunterhalts

1. Folgende Leistungen erhält die antragstellende Person
Bitte Bescheid der Leistungsbehörde beifügen

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

Bürgergeld nach dem SGB II

Wohngeld nach dem WoGG

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XIV 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 Anlagen Einkommen und Vermögen auszufüllen!

| IV. Auskünfte über Leistungen anderer Rehabilitationsträger, vorrangiger Sozialleistungsträger (§§ 14 ff. SGB IX, §§ 102 ff. SGB X) und Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) 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 (nach dem sozialen Entschädigungsrecht, 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 | | | | |
| Öffentliche Jugendhilfe | | | | |
| Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsgesetz | | | | |
| Sonstige Ansprüche | | | | |

| V. 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 I Nr. 8 angegebenen Adresse aufgehalten: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Unter folgenden Anschriften bzw. Adressen habe ich mich aufgehalten: | |
| <hr/> | |
| von... bis... Anschrift: | |
| <hr/> | |
| von... bis... Anschrift | |
| <hr/> | |
| von... bis... Anschrift | |
| <hr/> | |
| von... bis... Anschrift | |
| <hr/> | |

Anlage Einkommen

| A. Einkommensverhältnisse des Vorvorjahres der Antragstellenden Person oder der Partner*in (§ 135 Absatz 1 SGB IX und § 136 Abs. 2 SGB IX) | | |
|--|------------------------|------------|
| A.1 Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz des Vorvorjahres (Jahr _____). (Steuerbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen) | | |
| Einkünfte | Antragstellende Person | Partner*in |
| 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 _____). (Rentenbezugsmitteilung und/oder Rentenbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen) | | |
|---|------------------------|------------|
| Renteneinkünfte | Antragstellende Person | Partner*in |
| der gesetzlichen Rentenversicherung | € | € |
| der landwirtschaftlichen 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 | € | € |

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.

Haben sich erhebliche Abweichungen der Einkünfte zum Vorvorjahr ergeben? nein 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 |
|--------------------------------|------------------------|------------|
| 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 | <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) _____ | a) _____ KM b) _____ |
| Arbeitsmittel | € | € |
| Fortbildungskosten | € | € |
| Beiträge zu Berufsverbänden | € | € |
| Weitere Werbungskosten (Art der Kosten) | € | € |

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 für Jugend und Inklusion mitteilen werde**. Ebenso werde ich jede **Arbeitsaufnahme**, auch Aushilfs-/Gelegenheitsarbeiten oder Praktika, **vor Arbeitsaufnahme** dem Amt für Jugend und Inklusion **unverzüglich mitteilen**.

Die Beantragung anderer Sozialleistungen (z.B. Bürgergeld, Pflegegeld) werde ich ebenfalls **unverzüglich dem Amt für Jugend und 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 Teilhabeplanverfahren 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 für Jugend und 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 für Jugend und Inklusion übernehmen darf.

Ich willige hiermit ein, dass das Amt für Jugend und Inklusion für die Leistungserbringung erforderliche amtsärztliche/fachärztliche Stellungnahmen mit Diagnostik nach ICD 10 zur Feststellung der Notwendigkeit der beantragen 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 Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter |
| Bei Unterschrift durch Vertreter: | Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift) |

Urschriftlich zurücksenden an den:

**Landkreis Hameln-Pyrmont
31 Amt für Jugend und Inklusion
Süntelstraße 9
31785 Hameln**