

Kreis Rendsburg-Eckernförde Der Landrat Fachdienst 4.2 - Soziales- und Eingliederungshilfen Kaiserstr. 8 24768 Rendsburg	Sachbearbeiter:		Ausgegeben:	
	Aktenzeichen:		Eingegangen:	
	Weiterleitungsfrist nach § 14 I S. 1 SGB IX endet:			

Antrag

auf

Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen für folgende Leistungen:

- ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen, Budget für Arbeit)
- ☐ Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf (nur wenn diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten für Menschen mit Behinderung erbracht werden)
- ☐ Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, soweit sie auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten

Bitte kreuzen Sie die Leistung oder die Leistungen an, die Sie beantragen möchten.

1. Persönliche Verhältnisse	
	Sie selbst
Familienname:	
Vornamen:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Anschrift:	
Seit wann leben Sie dort?	
Vorherige Anschrift:	
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfe bekommen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja , bis wann: Von welcher Behörde:
Telefonnummer:	Diese Angabe ist freiwillig! Telefonische Absprachen können das Verfahren beschleunigen.

	Sie selbst
Staatsangehörigkeit:	☐ deutsch ☐ andere, und zwar: Die Aufenthaltserlaubnis ist gültig bis:
Wurde ein rechtlicher Betreuer o- der Vormund bestellt? (bitte den Betreuerausweis beifügen!)	☐ nein ☐ ja, und zwar Name: Anschrift:
2. Kranken- und Pflegeversicherung (wenn Leistungen zur <u>medizinischen Rehabilitation</u> beantragt werden)	
Sie selbst	
Name der Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Ich bin: ☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ Freiwillig gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Nicht versichert	

3. Schwerbehinderung
(wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt werden)

	Sie selbst
--	-------------------

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, bitte den Schwerbehindertenausweis vorlegen!	☐ Nein ☐ Ja, gültig bis: Grad der Behinderung:
--	---

☐ Nein

☐ Ja, gültig bis:

Grad der Behinderung:

4. Schadensersatzansprüche

Sie selbst	
--------------------------	--

☐ Nein☐ Ja

Name:

Anschrift:

Hat bereits ein Gericht über den Schadensersatzanspruch entschieden?

☐ Nein☐ Ja☐ Nein

☐ Ja, und zwar:

5. Hinweise und Schlusserklärungen

Richtige Angaben

Ich erkläre, dass alle Angaben, die ich oben gemacht habe, wahr sind. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Mitwirkungspflicht

Ich weiß, dass ich alle Tatsachen angeben muss, die für die beantragten Leistungen erheblich sind. Ich bin verpflichtet, auf Verlangen erforderliche Unterlagen (Beweisurkunden) vorzulegen oder ihrer Vorlage sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I). Komme ich diesen Pflichten nicht nach, dann können die beantragten Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Ich weiß, dass ich alle Änderungen, die für die gewährten Leistungen relevant sind, unverzüglich und unaufgefordert dem Kreis Rendsburg-Eckernförde, Fachdienst 4.2 - Soziales und Eingliederungshilfen, mitzuteilen habe und ich bei nicht rechtzeitiger Mitteilung zu viel gezahlte Leistungen zurückzahlen muss.

Datenschutz

Die Informationen nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in der stets aktuellen Fassung finden Sie auf der Internetseite des Kreises Rendsburg-Eckernförde im Bereich „Datenschutz“.

Datum:

(Unterschrift des Antragstellenden/Betreuers/Bevollmächtigten)