

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

Antrag

auf

☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Eingliederungshilfe
innerhalb einer besonderen Wohnform (früher „stationäre Einrichtung“ genannt).

1. Persönliche Verhältnisse		
	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Familienname:		
Vornamen:		
Geburtsdatum:		
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Anschrift: (der besonderen Wohnform bzw. „Einrichtung“)		
Seit wann leben Sie dort? (Einzugsdatum)		

	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Vorherige Anschrift:		
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfe bekommen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bis wann: Von welcher Behörde:	
Familienstand:	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ dauernd getrennt lebend seit: ☐ geschieden seit:	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ dauernd getrennt lebend seit: ☐ geschieden seit:
Staatsangehörigkeit:	☐ deutsch ☐ andere, und zwar: Die Aufenthaltserlaubnis ist gültig bis:	☐ deutsch ☐ andere, und zwar: Die Aufenthaltserlaubnis ist gültig bis:
Wurde ein rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigter oder Vormund bestellt? (bitte den Betreuerausweis oder Vollmacht beifügen!)	☐ nein ☐ ja, und zwar Name: Anschrift:	☐ nein ☐ ja, und zwar Name: Anschrift:
Leben noch weitere Familienangehörige (z. B. Eltern, Geschwister oder Kinder) innerhalb oder außerhalb des Haushaltes? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wer?		

	Vater	Mutter
Familienname:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Hat der Elternteil ein Brutto-Einkommen von mehr als 100.000,00 € jährlich?	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
	Kind	Kind
Familienname:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Hat das Kind ein Brutto-Einkommen von mehr als 100.000,00 € jährlich?	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

2. Kranken- und Pflegeversicherung	
Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Name der Krankenkasse:	Name der Krankenkasse:
Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:
Ich bin: ☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ Freiwillig gesetzlich versichert; bitte den Beitragsbescheid beifügen! ☐ Privat versichert; bitte die Beitragsmitteilung beifügen! ☐ Nicht versichert	Ich bin: ☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ Freiwillig gesetzlich versichert; bitte den Beitragsbescheid beifügen! ☐ Privat versichert; bitte die Beitragsmitteilung beifügen! ☐ Nicht versichert
Hat die Rentenversicherung Sie schon einmal darauf untersucht, ob Sie noch arbeiten können? ☐ Nein; bitte die anliegende Schweigepflichtsentbindung ausfüllen! ☐ Ja, das Gutachten ist beigelegt	Hat die Rentenversicherung Sie schon einmal darauf untersucht, ob Sie noch arbeiten können? ☐ Nein; bitte die anliegende Schweigepflichtsentbindung ausfüllen! ☐ Ja, das Gutachten ist beigelegt
Brauchen Sie Pflege? ☐ Nein ☐ Ja, es wurde folgender Pflegegrad festgestellt: Bitte den Feststellungsbescheid der Pflegekasse beifügen!	Brauchen Sie Pflege? ☐ Nein ☐ Ja, es wurde folgender Pflegegrad festgestellt: Bitte den Feststellungsbescheid der Pflegekasse beifügen!

3. Mehrbedarfe		
	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, bitte den Schwerbehindertenausweis vorlegen!	☐ Nein ☐ Ja, gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: ☐ G ☐ aG	☐ Nein ☐ Ja, gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: ☐ G ☐ aG
Sind Sie schwanger?	☐ Nein ☐ Ja, voraussichtlicher Geburtstermin: Bitte den Mutterpass vorlegen!	☐ Nein ☐ Ja, voraussichtlicher Geburtstermin: Bitte den Mutterpass vorlegen!
Brauchen Sie aus medizinischen Gründen besondere Lebensmittel?	☐ Nein ☐ Ja, bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen!	☐ Nein ☐ Ja, bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen!
Nehmen Sie am Mittagessen in - einer Werkstatt für behinderte Menschen, - einer Tagesförderstätte oder - einer ähnlichen Einrichtung teil?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar an 1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tagen in der Woche. Bitte eine Bestätigung der Einrichtung nachreichen!	☐ Nein ☐ Ja, und zwar an 1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tagen in der Woche. Bitte eine Bestätigung der Einrichtung nachreichen!

4. Wohnverhältnisse		
Wie viel bezahlen Sie für Ihre Unterkunft? Bitte den Mietvertrag (Wohn- und Betreuungsvertrag) beifügen!		
€ Kaltmiete (ohne Betriebskosten, Heizung usw.)		
€ Betriebskosten (z. B. Grundsteuer, Wasser, Abwasser, Abfallgebühren)		
€ Heizkosten		
€ Zuschläge (z. B. für Möbel, Strom, Haushaltsgeräte, Telefon, Internet, Fernsehen, Radio)		
Erhalten Sie Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz?	☐ Nein ☐ Ja, der Bescheid ist beigelegt.	
Wie bekommen Sie Ihr warmes Wasser?	☐ zentral (z. B. durch zentrale Heizungsanlage) ☐ dezentral (z. B. durch Boiler/Durchlauferhitzer) Ergibt sich aus dem Mietvertrag!	
5a. Einkommen (bitte Gehaltsabrechnungen, Rentenmitteilungen oder Ähnliches beifügen)		
Woher kommt das Geld?	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Nichtselbständige Arbeit: (z. B. als Angestellter oder Mitarbeiter in einer Werkstatt für behinderte Menschen) Bitte die letzte Gehaltsabrechnung beifügen!	€	€
Renten/Pensionen: (z. B. wegen Alter, wegen Erwerbsminderung, Witwenrente, Waisenrente) Bitte den <u>ersten</u> und den <u>aktuellen</u> Rentenbescheid beifügen!	€	€
	€	€
	€	€

Woher kommt das Geld?	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Selbständige Arbeit:	€	€
Arbeitslosengeld: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Arbeitslosengeld II: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Krankengeld: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Unterhalt: (z. B. von Eltern oder getrennten oder geschiedenen Ehepartnern)	€	€
Unterhaltsvorschuss: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Kindergeld: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Elterngeld: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
BAföG (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen):	€	€
Unterhaltsgeld: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€

Woher kommt das Geld?	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Berufsausbildungsbeihilfe: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Miete oder Pacht:	€	€
Versorgungsleistungen: (z. B. für Kriegsopfer)	€	€
Pflegegeld: (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen)	€	€
Einkünfte aus Vermögen: (z. B. Zinsen, Dividenden aus Aktien)	€	€
Sonstige Einkünfte, und zwar:	€	€
	€	€
	€	€

5b. Absetzungen vom Einkommen		
(bitte nur ausfüllen, wenn unter 5a Einkommen angegeben wurde und Nachweise beifügen!)		
	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Arbeitsmittel: (z. B. bestimmte Kleidung, Fachbücher)	€	€
Fahrtkosten zur Arbeit:		
Einfache Fahrstrecke: (wenn mit dem eigenen Auto gefahren wird)	Kilometer	Kilometer
Kosten für Fahrkarten: (wenn mit dem Bus oder Bahn gefahren wird)	€ monatlich	€ monatlich
Beiträge für Berufsverbände: (z. B. Gewerkschaft)	€	€
Hausratversicherung: (bitte die aktuelle Beitragsmitteilung beifügen!)	€	€
Haftpflichtversicherung: (bitte die aktuelle Beitragsmitteilung beifügen!)	€	€
Altersvorsorge: (Beiträge nach § 82 Einkommensteuergesetz)	€	€
Sonstiges, und zwar: (Kosten bezeichnen)	€	€
	€	€

6. Vermögen		
Art des Vermögens	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Bargeld:	€	€
Guthaben auf Girokonto: Bitte Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen!	Bank: IBAN: BIC: Kontostand: €	Bank: IBAN: BIC: Kontostand: €
Bei der Vorlage der Kontoauszüge sind Schwärzungen von besonderen Arten personenbezogener Daten grundsätzlich zulässig. Hierzu gehören beispielsweise Angaben über politische Meinungen, religiöse und weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben. Die Möglichkeit der Schwärzung besteht jedoch nur bei Ausgaben-Buchungen, nicht bei Einnahmen. Geschwärzt werden dürfen nur bestimmte Passagen des Empfängers und Buchungstextes bei Ausgabenbuchungen. Dabei muss der zu Grunde liegende Geschäftsvorgang für die Prüfung durch den Kreis Rendsburg-Eckernförde plausibel bleiben. So wäre beispielsweise bei der Überweisung von Mitgliedsbeiträgen für politische Parteien eine Schwärzung des Namens einer Partei in einem Kontoauszug dann möglich, wenn als Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag“ noch erkennbar bleibt.“		
Guthaben auf Sparkonto:	Bank: IBAN: BIC: Kontostand: € Bitte aktuellen Kontoauszug beifügen!	Bank: IBAN: BIC: Kontostand: € Bitte aktuellen Kontoauszug beifügen!
Bausparverträge: (Wie viel sind die Verträge heute wert?)	€ Bitte aktuellen Bausparkontoauszug beifügen!	€ Bitte aktuellen Bausparkontoauszug beifügen!

Art des Vermögens	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Aktien/Wertpapiere: (Wie viel sind die Papiere heute wert?)	€	€
Lebensversicherungen: (Wie viel sind die Verträge heute wert?)	€	€
Sterbegeldversicherungen: (Wie viel sind die Verträge heute wert?)	€	€
Auto Typ: Baujahr: Kilometerstand: Verkaufswert: (wenn bekannt)	€	€
Haus- oder Grundvermögen: Art: Verkehrswert:	€	€
Sonstige Sachwerte (z. B. Schmuck, Kunstwerke)	€	€
Sonstige Forderungen: (z. B. aus vergebenen Darlehen) Art: Schuldner: Höhe:	€	€

7. Sonstige Ansprüche		
Art des Anspruchs	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Unterhaltansprüche: (gegen frühere Ehe-/Lebenspartner) Schuldner: Wurde auf Unterhalt verzichtet? Besteht ein Titel? (z. B. Gerichtsbeschluss)	☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja
Art des Anspruchs	Sie selbst	
Schadensersatz:	Wurde die Beeinträchtigung, wegen der Sie Eingliederungshilfe beantragen, von einer anderen Person verursacht? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wer hat die Beeinträchtigung verursacht? Name: Anschrift: Bitte schildern Sie, was passiert ist: Hat bereits ein Gericht über den Schadensersatzanspruch entschieden? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bitte die Entscheidung in Kopie beifügen! Wurde der Schaden bereits teilweise reguliert? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:	

Art des Anspruchs	Sie selbst	Ihr (Ehe-/Lebens-)Partner
Sonstige Ansprüche: (z. B. aus Überlassungsverträgen) Art: Schuldner: Höhe:	€	€
Wurde in der Vergangenheit Vermögen (z. B. Haus- oder Grundvermögen, Bargeld, Wertpapiere, Schmuck) verkauft oder verschenkt? ☐ Nein ☐ Ja; und zwar: Was wurde verkauft oder verschenkt? An wen wurde es verkauft oder verschenkt? Wann haben Sie es verkauft oder verschenkt? Bitte den entsprechenden Vertrag vorlegen!		

8. Überweisung von Geldleistungen

An mich zu zahlende Geldleistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Bank:

- ☐ Ich beantrage, dass die **Leistungen für meine Unterkunft** (Miete, Betriebskosten usw.) direkt **an meinen Vermieter überwiesen werden**. Ich weiß, dass ich diese Bestimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft aufheben kann. Mein Vermieter hat folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Bank:

- ☐ Ich beantrage, dass von meinem Regelsatz folgender Betrag direkt an meinen Leistungserbringer überwiesen wird (**z. B. Servicepauschale**):

€ monatlich

Ich weiß, dass ich diese Bestimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft aufheben kann. Mein Leistungserbringer hat folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Bank:

9. Hinweise und Schlusserklärungen

Richtige Angaben

Ich erkläre, dass alle Angaben, die ich oben gemacht habe, wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögenswerte, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. 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 in meinen persönlichen und Einkommens- und Vermögensverhältnissen unverzüglich und unaufgefordert dem Kreis Rendsburg-Eckernförde, Fachdienst 4.2 Soziales und Eingliederungshilfe, 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)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

1. Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gemäß § 41 Abs. 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen und Auskünfte erhalten darf, die er für die Entscheidung benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die beim Sozialhilfeträger bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen an den Rentenversicherungsträger gesandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder §§ 116 / 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir beauftragten Ärzte und Einrichtungen den mit der Begutachtung meiner Erwerbsminderung beauftragten Ärzten des Rentenversicherungsträgers direkt Auskunft erteilen, sofern sich aus den vorgelegten/eingeholten medizinischen Unterlagen Rückfragebedarf ergibt.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe. **Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Leistungsberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 2.

Datum

Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

2. Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten ist beigelegt.

Information für die Antragstellerin / den Antragsteller

Die ärztlichen Auskünfte und Unterlagen werden nur dann erhoben, wenn sie **erforderlich** sind, um über die Voraussetzungen für die beantragte Grundsicherung im Alter oder bei dauerhafter voller Erwerbsminderung im Sinne des § 41 Absatz 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zu entscheiden, § 67a Absatz 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Der Rentenversicherungsträger **darf medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter, Berufsgenossenschaften, Sozialämter oder Jobcenter) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf der Rentenversicherungsträger diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -).

Nach Abschluss des Feststellungsverfahrens beim Rentenversicherungsträger werden die medizinischen Unterlagen an den Träger der Grundsicherung übermittelt, sofern eine Erwerbsminderung nicht vorliegt. Sollte eine Erwerbsminderung vorliegen, verbleiben die medizinischen Unterlagen beim Rentenversicherungsträger.