

**Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen gemäß §§ 99, 102 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)**

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- 1.  Frühförderung
- 2.  Integrativer Krippenplatz in der Krippe: \_\_\_\_\_
- 3.  Integrationsmaßnahme in dem Regelkindergarten: \_\_\_\_\_
- 4.  Einzelintegrationsmaßnahme in dem Regelkindergarten: \_\_\_\_\_
- 5.  Heilpädagogische Maßnahme in einem Sonderkindergarten
- 6.  Schulbegleitung an der Schule: \_\_\_\_\_
- 7.  Tagesbildungsstätte
- 8.  Teilstationäre Sprachheilbehandlung
- 9.  Stationäre Sprachheilbehandlung
- 10.  Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen
- 11.  Tagesförderstätte
- 12.  Stützpädagogik
- 13.  Ambulante Autismus-Therapie
- 14.  Internat am Landesbildungszentrum

Welcher Anbieter soll die beantragte Leistung durchführen?

Geplanter Beginn: \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben der nachfragenden Person (Hilfsempfänger/in):**

Vor- und Zuname:	
Anschrift:	
Geburtsdatum und -ort:	
Steuer-ID:	
Telefonnummer: (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit:	
Geschlecht:	

In Deutschland lebend seit Geburt:  ja  nein Wenn nein, Jahr des Zuzugs: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse mit Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflichtversicherung  Freiwillige Versicherung  Familienversicherung

Schwerbehindertenausweis vorhanden: (wenn ja, bitte beidseitig in Kopie beifügen)  ja  nein (Sofern ein Grad d. Behinderung unter 50 festgestellt wurde, bitte den Feststellungsbescheid in Kopie beifügen)

Gesetzliche Vertretung (Sorgeberechtigte, rechtliche Betreuer, Vormund)  ja  nein (wenn ja, bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen)

Vor- und Zuname:	
Anschrift:	
Telefonnummer: (freiwillig)	
E-Mail Adresse: (freiwillig)	

- Werden Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) bezogen?  ja  nein  
 Werden Leistungen nach dem SGB XII bezogen?  ja  nein  
 Werden Leistungen nach Wohngeldgesetz bezogen?  ja  nein  
 Werden Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bezogen?  ja  nein  
 Wird Kindergeld bezogen?  ja  nein  
 Besteht ein Anspruch auf Kinderzuschlag?  ja  nein  
**(Bitte jeweils zutreffenden Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen)**

- Werden Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) gezahlt?  ja  nein  
 Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde durch die Pflegekasse festgestellt?  
 Pflegegrad 1    Pflegegrad 2    Pflegegrad 3    Pflegegrad 4    Pflegegrad 5

Sofern die Kostenübernahme für Nr. 3 - 5, 7 oder 8 (s. Seite 1) beantragt wird:  
 Teilnahme am Mittagessen:  ja  nein

**Angaben zu den leiblichen Eltern:**

	Mutter	Vater
Vor- und Zuname:		
Ggf. Geburtsname:		
Anschrift:		
Geburtsdatum: ggf. Sterbedatum:		
Familienstand:		
Telefonnummer: (freiwillig)		
E-Mail Adresse: (freiwillig)		
Staatsangehörigkeit:		
Zugezogen am:		
Ausgeübter Beruf:		
Ansprüche (z.B. Beihilfe im öffentlichen Dienst)		

**Weitere Personen im Haushalt der nachfragenden Person:**

- \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

### **Antragsbegründung:**

(bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen)

---

---

---

Geben Sie bitte die Ursache (z.B. frühkindliche Hirnschädigung, Unfall etc.) und den Zeitpunkt des Eintritts der vorliegenden Behinderung an:

---

---

Lag evtl. ein ärztlicher Behandlungsfehler oder ein sonstiges Verschulden eines Dritten vor?

ja  nein

Wenn ja, sind Ansprüche auf Schadenersatz geltend gemacht worden, z.B. gegen eine Versicherung?

ja  nein

Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn die nachfragende Person volljährig ist:

Haben Sie vor der hier beantragten Hilfe versicherungspflichtig gearbeitet?

ja  nein

Erhalten Sie bereits Rente? (wenn ja, bitte Bescheid beifügen)

ja  nein

Geben Sie bitte an, wie sich Ihr Arbeitsleben ab dem 16. Lebensjahr bisher gestaltet hat und fügen Sie – soweit vorhanden – entsprechende Nachweise bei (z.B. Versicherungsverlauf des zuständigen Rententrägers):

---

---

---

### **Erklärung**

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung wegen Betruges aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen (§ 60 SGB I).

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

## **Schweigepflichtentbindung**

Name der nachfragenden Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Erklärung**

Ich willige hiermit ein, dass dem Landkreis Gifhorn als zuständigem Eingliederungshilfeträger und als zuständiger Behörde für die Ausführung des Asylbewerberleistungsgesetzes zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und der richtigen Hilfeart von

1. meinem aktuellen und früheren Hausarzt bzw. meiner Hausärztin
2. einer Krankenanstalt, in der ich behandelt werde bzw. behandelt wurde
3. allen Abteilungen eines Gesundheitsamtes

jede erforderliche Auskunft erteilt wird.

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem zuständigen Eingliederungshilfeträger oder dem Fachbereich Gesundheit vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse/Pflegekasse das über die Pflegebedürftigkeit erstellte Gutachten auf Anforderung übersandt wird.

Das Auskunftsrecht erstreckt sich auch auf die Vorgeschichte einer evtl. Krankheit. Der untersuchende Fachbereich Gesundheit ist ebenfalls berechtigt, von meinem Hausarzt bzw. meiner Hausärztin oder Krankenanstalt Auskünfte zu erbitten, die zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen oder der richtigen Hilfeart erforderlich sind.

Ich entbinde hiermit die vorgenannten Personen oder Stellen ausdrücklich von der Schweigepflicht. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass der zuständige Eingliederungshilfeträger zur Herstellung des Nachrangs der Eingliederungshilfe erforderliche Unterlagen an Dritte (z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit etc.) weitergeben darf.

Zuständiger Eingliederungshilfeträger im vorstehenden Sinne ist der Landkreis Gifhorn einschließlich der von ihm zur Gewährung herangezogenen Städte, Samtgemeinden und Gemeinden des Kreises im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Diese Erklärung gilt auch gegenüber dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie - Landessozialamt, wenn eine Hilfe in sachlicher Zuständigkeit des Landes als überörtlichem Träger der Eingliederungshilfe beantragt oder gewährt wird.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)