

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige Personen oder  
volljährige Personen bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**



An den  
Landkreis Holzminden  
Eingliederungshilfe  
Bürgermeister-Schrader-Str. 24  
37603 Holzminden

Eingang am:

e-mail: [eingliederungshilfe@landkreis-holzminden.de](mailto:eingliederungshilfe@landkreis-holzminden.de)

Antragstellung erfolgt aufgrund

- ☐ der Erstberatung am:  
☐ der Schuleingangsuntersuchung am:  
☐ von HOPP am:  
☐

am:

**Beantragung von Leistungen der Eingliederungshilfe - § 102 SGB IX  
für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen, die  
wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind**

**Antragsbegründung /Art der bestehenden Behinderung:** (kurze Schilderung)

**I a) Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der Person, für die Leistungen der  
Eingliederungshilfe beantragt werden**

|                                                                                                                                                                               |                                           |                                                                      |                                   |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Name, Vorname                                                                                                                                                                 |                                           | <input type="checkbox"/> männlich                                    | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsdatum:                                                                                                                                                                 | Geburtsort:                               | Staatsangehörigkeit:                                                 |                                   |                                 |
| Steuerliche<br>Identifikationsnummer:                                                                                                                                         | Familienstand:                            |                                                                      |                                   |                                 |
| Anschrift (Straße, H-Nr., PLZ, Ort)                                                                                                                                           |                                           |                                                                      |                                   |                                 |
| Seit wann?                                                                                                                                                                    |                                           |                                                                      |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Wohnung                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> Einrichtung                                 |                                   |                                 |
| Wurde ein Schwerbehindertenausweis für die Person, für die Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, ausgestellt?                                                  |                                           |                                                                      |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                     |                                           | beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                   |                                 |
| Grad der Behinderung                                                                                                                                                          |                                           | v. H.                                                                |                                   |                                 |
| Merkzeichen:<br>gültig bis:                                                                                                                                                   |                                           | <b>Bitte Kopie des Ausweises beifügen</b>                            |                                   |                                 |
| Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                 |                                           |                                                                      |                                   |                                 |
| Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |                                           | seit:<br><b>Bitte Kopie des Gutachtens beifügen</b>                  |                                   |                                 |

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige Personen oder  
volljährige Personen bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

Besteht eine Kranken- und Pflegeversicherung für die Person, für die Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden?

☐ ja ☐ nein

Name der Krankenkasse und Ort:

☐ gesetzlich ☐ freiwillig ☐ privat ☐ familienversichert

Versicherungsnummer:

Bestehen Beihilfeansprüche gem. Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes?

☐ ja ☐ nein Beihilfeberechtigte Person:

Beihilfestelle:

Zur Vertretung berechtigte Person(en) /oder Sorgeberechtigte:

☐ Beide Eltern ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Vormund

Name(n), Vorname(n) **abweichend zu Ib.)**

**I b) Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten**

|                                         | Vater | Mutter | Vormund/Pflegeeltern |
|-----------------------------------------|-------|--------|----------------------|
| Name                                    |       |        |                      |
| Geburtsname                             |       |        |                      |
| Vorname                                 |       |        |                      |
| Steuerliche.<br>Identifikations-<br>Nr. |       |        |                      |
| Straße, H-Nr.                           |       |        |                      |
| PLZ, Ort                                |       |        |                      |
| E-Mail:                                 |       |        |                      |
| Telefonnr.                              |       |        |                      |
| Arbeitgeber<br>seit wann?               |       |        |                      |
| Familienstand                           |       |        |                      |
| Staatsangehörig-<br>keit                |       |        |                      |

| <b>I c) Aufenthaltsstatus bei ausländischer Staatsangehörigkeit:</b><br><b>Bitte Nachweis beifügen</b> |                                                                          |                                                                          |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | <b>Vater</b>                                                             | <b>Mutter</b>                                                            | <b>Person, für die<br/>Leistungen be-<br/>antragt werden</b>             |
| a) Duldung                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| b) Aufenthalts-<br>berechtigung                                                                        | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| c) Aufenthalts-<br>erlaubnis                                                                           | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| d) Aufenthalts-<br>befugnis                                                                            | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| e) Aufenthalts-<br>bewilligung                                                                         | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis |

| <b>II) Volljährige antragstellende Person</b>                                                                                                                       |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff BGB.<br><input type="checkbox"/> Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht. |                  |
| Name, Vorname, der zur Vertretung berechtigten Person:                                                                                                              |                  |
| Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):                                                                                                                               |                  |
| Angestrebter Schulabschluss:                                                                                                                                        |                  |
| Voraussichtliches Abschlussdatum:                                                                                                                                   |                  |
| E-Mail:                                                                                                                                                             | Telefon/Handy: / |

| <b>III) Es werden folgende laufende Leistungen bezogen</b><br><b>(Bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bürgergeld nach dem SGB II (früher Arbeitslosengeld II)<br><input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach dem SGB XII<br><input type="checkbox"/> Kinderzuschlag von der Familienkasse nach § 6a Bundeskindergeldgesetz<br><input type="checkbox"/> Wohngeld<br><input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz<br><input type="checkbox"/> (Halb-) Waisenrente/Rente<br><input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI<br><input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz oder Zivilgesetz<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r           <input type="checkbox"/> als Waise         </div> |

**IV) Wurden bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt?**

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

- Leistungsart
- Kostenträger
- Zeitraum

**V)**

Liegen bereits ärztliche Gutachten vor?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Name Arzt oder Klinik

**Bitte Kopie der Berichte beifügen**

- ☐ Fachklinik:
- ☐ Fachärzte:
- ☐ Kinderarzt:
- ☐ Augenarzt:
- ☐ Augenklinik:

**VI)**

Erhält die Person, für die Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, Therapien?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

**Bitte Kopie der Berichte beifügen**

- ☐ Logopädie
- ☐ Psychomotorik
- ☐ Ergotherapie
- ☐ sonstige Therapien
- ☐

**VII)**

Wurde die Behinderung der Person, für die Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, verursacht durch

- |                                                                                     |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> einen Unfall?                                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> einen Impfschaden                                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> einen Geburtsschaden <sup>1</sup> ?                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> einen vorsätzlichen oder rechtswidrigen tätlichen Angriff? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Falls eine der Antworten mit ja beantwortet worden ist: Bestehen Ansprüche gegen die schädigende Person?

☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, gegen wen

<sup>1</sup> Schädigung oder Verletzung des neugeborenen Kindes, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder dem Geburtsvorgang entstanden ist.

## **VIII) Allgemeine Hinweise**

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) unterstützt und berät alle Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige kostenlos in allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Bitte wenden Sie sich an:

EUTB SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

Karlstraße 26

37603 Holzminden

Tel. 05531/7048228

E-Mail: [eutb@sovd-holzminden.de](mailto:eutb@sovd-holzminden.de)

Internet: [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)

Die zur Zahlbarmachung der Sozialhilfe erforderlichen persönlichen Daten werden unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze erfasst, gespeichert und bearbeitet - Anlage 1.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werde ich/werden wir die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Landkreis Holzminden, Bereich Eingliederungshilfe, Postfach 1353, 37593 Holzminden, mitteilen. Das gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

## **IX) Unterschrift Sorgeberechtigte\*r, volljährige(r) Antragsteller\*in**

Ich versichere/Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich/wir nichts Wesentliches verschwiegen habe/n. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss/müssen.

Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Grundsicherung, Bürgergeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Ich bestätige/Wir bestätige/n, dass ich/wir die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe/n. **Anlage 1**

Ich bestätige/Wir bestätige/n, dass ich/wir die beigefügten Gesetzlichen Grundlagen zur Kenntnis genommen habe/n. **Anlage 2**

☐ Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein (weiteres) Informationsgespräch gebeten.

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

---

---

## Anlage 1 Datenschutzerklärung

### Einwilligungs-Erklärung und Hinweise zum Datenschutz

Sorgeberechtigte\*r bzw. volljährige\*r Antragsteller\*in:

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Kind, für das Daten erhoben werden:

Vorname, Name, Geb. Datum \_\_\_\_\_

Darum geht es in diesem Schreiben:

- Welche Daten benötigt der Landkreis Holzminden von Ihnen.
- Warum ist Ihre Einwilligung wichtig.

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim Eingliederungshilfeträger (EGH-Träger) gestellt. Der EGH-Träger schaut alle Lebensbereiche an. Er prüft den Bedarf an Unterstützung. Dazu sagt man Bedarfsermittlung.

Für die Bedarfsermittlung benötigt der EGH-Träger die Daten von Ihnen.  
Dabei müssen wir uns an die Gesetze zum Datenschutz halten.  
Hinweis: Mit WIR ist der EGH-Träger gemeint.

#### So bekommen wir Ihre Daten:

Bei einer Untersuchung stellen wir die (drohende) Behinderung fest. Dann wird ein Formular ausgefüllt. Das Formular heißt Bedarfs-Ermittlung Niedersachsen. Das heißt abgekürzt: B.E.Ni. Dazu brauchen wir Daten von Ihnen.

Zum Beispiel:

- Alter und Geschlecht.
- Wohnsituation, das heißt zum Beispiel: In einer Wohnung oder einer Einrichtung.
- Lebensbereiche: Wo Sie Unterstützung brauchen, welche Ziele und Wünsche Sie haben.
- Welche Leistungen soll es geben? Wie oft? Wie lange? Wollen Sie die Leistungen selber organisieren, zum Beispiel im Persönlichen Budget?

#### Das machen wir mit Ihren Daten:

Die Daten speichern wir im Computer. Wir legen sie in der Akte ab.  
Wir speichern Ihre Daten ab dem Tag der Antragstellung.  
Wir löschen Ihre Daten 10 Jahre nachdem Sie keine Leistungen mehr bekommen.

#### Wir leiten Ihre Daten vielleicht weiter an:

Einen ambulanten Dienst oder eine Einrichtung, wenn sie die Leistungen erbringen. Andere Behörden oder Ämter, wenn sie zuständig sind oder andere Leistungen gebraucht werden.

Wir fragen erst, ob Sie wollen, dass die Ämter miteinander reden dürfen. Dafür brauchen wir Ihre Zustimmung. Dafür können Sie Ihre Unterschrift geben.

Sie können die Einwilligung immer zurücknehmen. Das heißt widerrufen. Wir löschen Ihre Daten dann. Die Behörde kann Ihren Antrag dann vielleicht nicht bearbeiten.

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für minderjährige Personen oder  
volljährige Personen bis zur Vollendung der Schulpflicht  
nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**



**Bitte wenden Sie sich bei einem Widerruf an:**

*Landkreis Holzminden, Eingliederungshilfen,  
Bürgermeister-Schrader-Straße 24, 37603 Holzminden*

**Sie haben noch weitere Rechte:**

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten.

Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten.

Sie haben vielleicht das Recht auf Löschung Ihrer Daten.

Sie haben vielleicht das Recht, die Verarbeitung Ihrer Daten einschränken zu lassen.

Bitte füllen Sie nun die Einwilligungs-Erklärung vollständig aus.

Vielen Dank!

---

**Einwilligungs-Erklärung**

- Der Landkreis Holzminden darf seine Zuständigkeit prüfen. Er darf meinen Antrag oder Teile davon an zuständige Leistungsträger weiterleiten.
- Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Die Behörde darf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabepplans weitergeben, aber nur an Einrichtungen oder Dienste, die die Leistung erbringen werden.

Ich bin über die Nutzung von meinen Daten informiert. Ich bin damit einverstanden.

---

Datum, Unterschrift

## Erklärung für die Person, für die Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden

|          |              |            |
|----------|--------------|------------|
| Nachname | Vorname      | Geb.-Datum |
|          |              |            |
| Straße   | PLZ, Wohnort |            |
|          |              |            |

### Hinweise zur Mitwirkungspflicht bei der Erstellung des Gesamtplans und der Feststellung der (drohenden) Behinderung

Um eine zügige und sachgerechte Bearbeitung zu gewährleisten, ist der Landkreis Holzminden als Träger der Eingliederungshilfe auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) die **Mitwirkungspflicht** der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte) zuzustimmen.

Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u. a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlage der **Datenerhebung** findet sich in § 69 i.V.m. § 67a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Angaben, die der Eingliederungshilfeträger von einer Ärztin/einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 – 3 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Im Rahmen des Kostenanerkennnisses werden Ihre Daten über sämtliche Leistungsansprüche der Eingliederungshilfe an die Leistungserbringer weitergeleitet.

Sie können dieser Weitergabe widersprechen. ☐ Ich widerspreche dieser Übermittlung.

### Entbindung von der Schweigepflicht / Einwilligung zur Datenverarbeitung

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass der Landkreis Holzminden die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Befundscheine, Untersuchungsbefunde) von den umseitig genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang bezieht, wie sie für die Aufgaben als Eingliederungshilfeträger für Menschen mit körperlichen/geistigen und seelischen Behinderungen erforderlich sind.

Ich willige ein, dass der Befundbericht und gegebenenfalls zukünftige Folgeberichte dem Landkreis Holzminden an die umseitig gekennzeichneten Stellen zur Kenntnis oder weiteren Veranlassung gesandt werden. Im Falle (teil-)stationärer Maßnahmen bezieht sich diese Einwilligung auch auf weitere, dem Eingliederungshilfeträger vorliegende, für diese Maßnahme relevante Befunde und Berichte (z. B. einer zu erstellenden „Sozialmedizinischen Stellungnahme“).

Ich entbinde die unten gekennzeichneten Stellen auch von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Landkreis Holzminden im Rahmen des Verfahrens der Gewährung von Leistungen nach dem SGB IX und XII.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

Die Einwilligungserklärung gilt auch im Falle eines Antrags auf Eingliederungshilfe für das eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenso auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Kostenträger: ☐ Krankenkasse/Medizinischer Dienst:

☐ örtl. Sozialamt / Landessozialamt:

Arzt/Ärztin: ☐ Kinder- oder Hausarzt/-ärztin:

☐ andere(r) Facharzt/-ärztin:

☐ Klinik:

☐ SPZ/Früherkennungsteam:

☐ Kinder- u. jugendärztlicher Dienst:

Therapiepraxis: ☐ Sprachtherapie (oder andere):

☐ Frühförderung:

Einrichtungen: ☐ Kindergarten oder Krippe:

☐ Heilpädagogischer Kindergarten

☐ Sprachheilkindergarten:

☐ Sprachheilzentrum:

☐ Sprachheilschule:

☐ andere Schule:

☐ LBZ für Hörgeschädigte /  
Mobiler Dienst:

☐ Heilpädagogische Einrichtung:

Sonstige: ☐

Erziehungs- ☐ Eltern: ☐ Pflegeeltern:

berechtigte: ☐ Jugendamt:

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):**

Insoweit entbinde/n ich/wir die oben genannten Stellen gegenüber dem Landkreis Holzminden als Träger der Eingliederungshilfe von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen werde/n ich/wir unverzüglich mitteilen.

Ich/Wir stimme/n der Verarbeitung der erhobenen Daten und deren Nutzung bis zum endgültigen Abschluss der geplanten Therapie- und Fördermaßnahmen zu.

**Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu unterschreiben.**

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

---

---

**Gesetzliche Grundlagen**

**Anlage 2**

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)**

**Dritter Teil: Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

**§ 60 Angabe von Tatsachen**

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
  1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
  2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
  3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

**Auszug aus dem Strafgesetzbuch**

**§ 263 Betrug**

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe belegt.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonderen schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2).