

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe
volljähriger Personen nach dem Sozialgesetzbuch
SGB IX**

An den
Landkreis Holzminden
Eingliederungshilfe
Böntalstr.32
37603 Holzminden

Eingang am:

Tel: 05531- 707 244, Fax: 05531 7076300
e-mail: eingliederungshilfe@landkreis-holzminden.de

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder für
von Behinderung bedrohte Menschen**

- Antragstellung erfolgte im Rahmen der Erstberatung am:
 Antrag wurde von Antragsteller/Vertretungsperson übermittelt; **Eingang:**

Ich/Wir beantrage(n) nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe - § 102 SGB IX
 Medizinische Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 Leistungen zur Teilhabe an Bildung Leistungen zur sozialen Teilhabe
 für/als (nähere Beschreibung des Bedarfs oder Wunsches):

Wo soll die Leistung erbracht werden ? (z.B. eigene Wohnung)

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Antragsteller/in ist: volljährig minderjährig Antrag minderjährige

Name, Vorname (ggf. früherer Name): früherer Name

Geburtsdatum: Geburtsort: Geburtsname:

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
seit:

Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort, Telefonnummer):

Antragsteller wohnt in einer:

eigenen Wohnung § 42 a Abs.2 Nr. 1 SGB XII besonderen Wohnform § 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII anderen Unterbringungsform z.B. Einrichtung § 43a SGB XI

anderen Wohnung (Eltern, Lebenspartner) § 42 a Abs.3 SGB XII stationären Mutter / Kind Einrichtung
Art der Einrichtung:
Anschrift der Einrichtung:

Staatsangehörigkeit

Bei Ausländern mit aufenthaltsrechtlichen Status:	Kopie Pass u. Aufenthaltstitel beifügen !
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
b) Aufenthaltsberechtigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
d) Aufenthaltsbefugnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
e) Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
Berufstätig? Seit/ bis wann ? Die letzten 5 Jahre? Arbeitgeber: Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo:

Schwerbehindertenausweis vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis: Merkzeichen: GdB:	
Beruhet die Behinderung des Hilfesuchenden auf einen	<input type="checkbox"/> Unfall ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; durch wen <input type="checkbox"/> Impfschaden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; durch wen <input type="checkbox"/> Geburtsschaden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vorsätzliche oder rechtswidrige tätliche Angriffe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls eine der Antworten mit ja beantwortet ist, bestehen Ansprüche gegen den Schädiger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kriegsbeschädigte/r oder Kriegshinterbliebene/r: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
steuerliche Identifikationsnummer :	
Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 seit:	
Kranken- und Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen Versicherungsnummer:	
Diagnostik/Kurzangaben <input type="checkbox"/> Gutachten/Untersuchungsberichte sind beigelegt/liegen vor	

II. Angaben zu den Vertrauenspersonen der antragstellenden Person	
Volljährige antragstellende Person	
<input type="checkbox"/> Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB. <input type="checkbox"/> Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht.	
Name, Vorname, der zur Vertretung berechtigten Person:	
Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):	
E-Mail:	Telefon/Handy:
III. Einkommen (aus dem In- und Ausland)	
Vorabprüfung des Einkommenseinsatzes – Eintragung nur von Behörde!	
<input type="checkbox"/> Einkommen ist wegen Freistellung nach § 138 Abs.1 Nr. SGB IX nicht einzusetzen. Gleiches gilt für evtl. vorhandenes Vermögen (§ 140 Abs. 3 SGB IX). Keine weitere Prüfung erforderlich; der Antrag ist weiter ab Ziffer VIII auszufüllen! <input type="checkbox"/> Einkommen ist wegen offensichtlicher Nichtüberschreitung der Bezugsgröße nach § 136 Abs. 2-5 SGB IX nicht einzusetzen. Keine weitere Prüfung des Einkommens erforderlich; der Antrag ist weiter ab Ziffer IV auszufüllen! <input type="checkbox"/> Wegen möglicher häuslicher Ersparnisse für den Lebensunterhalt ist nach § 142 Abs. 1 SGB IX ein Kostenbeitrag zu prüfen! Darüber ergeht dann ein gesonderter Bescheid.	

III.a.) Volljährige antragstellende Person
<p>Maßgeblich sind die <u>steuerlichen relevanten Einkünfte</u> und die Bruttorente der volljährigen antragstellenden Person. Einkünfte eines Ehegatten/einer Ehegattin oder eines Partners/einer Partnerin sind lediglich zur Bestimmung von Zuschlägen nach § 136 Abs. 2-4 SGB IX bei der Berechnung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nachzufragen. Im Übrigen erfolgt eine Veranlagung zur Einkommensteuer erfolgt nur, wenn steuerliche Einkünfte oberhalb des jeweiligen Grundfreibetrages (2018 = 9.000 €; 2019 = 9.168 €; 2020 9.408 €) erzielt werden. Die Grundfreibeträge verdoppeln sich bei gemeinsam veranlagten Ehegatten; hinzu kommen ggfs. Kinderfreibeträge. Bei Einkünften unter den Grundfreibeträgen erfolgt wegen Geringfügigkeit keine Veranlagung.</p>
<input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid liegt nicht vor, weil wegen Geringfügigkeit keine Veranlagung erfolgt <input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid des Vorvorjahres ist vorhanden/beigefügt. <input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid liegt noch nicht vor, weil Veranlagung des Vorvorjahres noch nicht abgeschlossen ist (z.B. bei einem noch anhängigen Veranlagungs- oder Einspruchsverfahren beim Finanzamt) <input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid liegt vor, jedoch bestehen erhebliche Abweichungen gegenüber der aktuellen Einkommenssituation, weiter Ziffer III c)! <input type="checkbox"/> Rentenbescheid(e) des Vorvorjahres liegt/liegen vor bzw. ist/sind beigefügt.

III. b) Darstellung der voraussichtlichen steuerlichen Einkünfte des aktuellen Jahres (§ 135 Abs. 2 SGB IX)

Voraussichtliche Einkünfte aus Einkunftsarten nach § 2 Abs. 2 EStG	Bei Volljährigen	
	Antragstellende Person	Ehegatte/Partner (für Zuschlag)
<input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft	€	€
<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb	€	€
<input type="checkbox"/> Selbständiger Arbeit	€	€
<input type="checkbox"/> Nichtselbständiger Arbeit	€	€
<input type="checkbox"/> Kapitaleinkünfte	€	€
<input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung	€	€
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte:	€	€

In den vorstehenden Fällen ist eine prognostische Ermittlung der voraussichtlich relevanten Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG des laufenden Jahres vom Träger der Eingliederungshilfe erforderlich. Dazu sind im Einzelfall ggf. weitere Angaben nachzufragen.

IV. Vermögen (im In- und Ausland)

Antragsteller/in		
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
	IBAN	
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
	Konto-Nr.	
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
	Depot	
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Geldanlage, Lebens-, Kapital- versicherung, Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
	Vertrags-Nr.	
Staatl. geförderte private Alters- vorsorge (z.B. Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
	Vertrags-Nr.	
Kraftfahrzeug/ Motorrad/ Kleinkraftfahrzeug, etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Typ Kennzeichen
Haus- und Grundbesitz im In- und Ausland (auch Miteigentum)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> land- und forstwirtschaftl. Grundbesitz <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück <input type="checkbox"/> sonstiger Grundbesitz

Grundstücks- bezeichnung und Lage erläutern		
Grundstücksgröße Wohnfläche Selbst bewohnt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein qm qm	Verkehrswert: Miet-/Pacht-einnahmen: Belastung/Zinsen: Tilgung:
Sonstiges Vermögen (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art und (geschätzten) Wert angeben

V. Angaben zu nicht realisierten Ansprüchen gegenüber Dritten

Antragsteller/in	
Erbansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ansprüche aus Übertragungs- verträgen (Wohnrecht, Nießbrauch, Pflege, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art	
Sonstige Ansprüche gegen Dritte: z.B. Unterhaltsvorschuss, Schadensersatzansprüche, Versorgungs- /Zugewinnausgleich, Beihilfeanspruch, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Lastenausgleichsleistungen, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art
€	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
€	Art

VI. Wurde Vermögen in der Vergangenheit verschenkt oder sonst übertragen oder zur Schuldentilgung verwendet? Innerhalb der letzten 10 Jahre ?? (ggf. Beiblatt beifügen)

ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Falls ja, wann
Verwendungszweck
Anschrift Empfänger
Vermögensart/Wert in €

VII. Weitere Antragsbegründung/Sonstige Anmerkungen

--

VIII. Bankverbindung

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an:

Geldinstitut: BIC:
 IBAN:
 Kontoinhaber:

Die Zahlung wird auf das v.g. Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das v.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Eingliederungshilfeträgers zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.

IX. Unterschrift

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit
 Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziale Angelegenheiten mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe s. Anlage

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zur unabhängigen Beratungsmöglichkeit durch die

EUTB SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.
 Karlstraße 26
 37603 Holzminden
 Niedersachsen

erhalten habe

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

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift

Anlagen:

- Datenschutzerklärung Anlage 1
- Schweigepflichtsentbindung Anlage 2
- Klientenfragebogen Anlage 3

Anlage 1 Datenschutzerklärung

Einwilligungs-Erklärung Hinweise zum Datenschutz

Vorname, Name:

Darum geht es in diesem Schreiben:

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

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs-Hilfe gestellt. Diesen haben Sie beim Eingliederungs-Hilfe-Träger gestellt. Der heißt abgekürzt: EGH-Träger. Er schaut alle Lebens-Bereiche an. Er prüft Ihren Bedarf an Unterstützung. Dazu sagt man: Bedarfs-Ermittlung.

Dafür füllt der EGH-Träger einen Bogen aus. Dafür braucht der EGH-Träger Daten von Ihnen.

Hinweis: Mit WIR ist der EGH-Träger gemeint.

Wir müssen uns an die Gesetze zum Datenschutz halten.

So bekommen wir Ihre Daten:

Wir führen mit Ihnen ein Gespräch. Und es gibt ein Formular, das wir ausfüllen. Das Formular heißt Bedarfs-Ermittlung Niedersachsen. Das heißt abgekürzt: B.E.Ni. Beim Ausfüllen sind Sie dabei. Wir brauchen Daten von Ihnen. Zum Beispiel:

→ Alter und Geschlecht.

→ Wohnsituation, das heißt zum Beispiel: Leben Sie allein. Leben Kinder bei Ihnen.

→ Lebens-Bereiche: Wo Sie Unterstützung brauchen. Und welche Ziele und Wünsche Sie haben. Wo oder wie Sie wohnen wollen.

→ Welche Leistungen soll es geben? Wie oft? Und 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: Eingang der Antragstellung:

Wir löschen Ihre Daten 10 Jahre nachdem Sie keine Leistungen mehr bekommen.

Wir leiten Ihre Daten vielleicht weiter an:

Einen Dienst oder eine Einrichtung. Wenn diese die Leistungen erbringen.

Andere Ämter, wenn diese zuständig sind. Oder wenn diese Leistungen erbringen. Oder Sie andere Leistungen brauchen.

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

Sie können die Einwilligung immer zurück nehmen. Das heißt dann widerrufen. Dann können Sie uns das in einem Widerruf mitteilen.

Wir löschen Ihre Daten dann. Die Behörde kann Ihren Antrag dann vielleicht nicht bearbeiten.

Bitte wenden Sie sich bei einem Widerruf an:

Landkreis Holzminden, 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

Vorname, Name:

Datum :

- Der Landkreis Holzminden darf ihre Zuständigkeit prüfen. Sie darf meinen Antrag oder Teile davon an zuständige Leistungsträger weiterleiten.
- Mit der Weitergabe meiner personen-bezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Die Behörde darf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans weitergeben. Dies 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

Anlage 2

Schweigepflichtsentbindung für den Antrag auf Eingliederungshilfe

Nachname des Antragstellers

Vorname

Geb.-Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und bei der Erstellung des Gesamtplanes zum Datenschutz

Um eine zügige und sachgerechte Bearbeitung zu gewährleisten, ist der **Landkreis Holzminden** als **Träger der Eingliederungshilfe/ der Sozialhilfe** 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 oder Eingliederungshilfeleistungen 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 Rechtsgrundlagen der **Datenerhebung** finden sich in den §§ 69 SGB IX 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. Möglichkeit 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 weiter geleitet.

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 Umfange bezieht, wie diese für die Aufgaben **als** Träger der Eingliederungshilfe für Menschen mit körperlichen/geistigen und seelischen Behinderungen erforderlich ist.

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 eines Teilhabepflichtverfahrens 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 / SGB 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 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 / MDKN:
 - örtliches Sozialamt/ Landes-
sozialamt
 - Agentur für Arbeit
 - Jobcenter
 - Jugendamt

Pflegekasse

Arzt / Ärztin:

Hausarzt / -ärztin:

andere(r) Facharzt / -ärztin:

Klinik:

ambulanter Dienst

Medizinische Dienste Landkreis
Holzminden

Sozialpsychiatrischer Dienst

Therapiepraxis:

**Leistungs-
erbringer:**

Sonstige:

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

Insoweit entbinde ich die oben genannten Stellen gegenüber dem Landkreis Holzminden als Träger der Eingliederungshilfe und der von Ihr beauftragten Ärzte des Medizinischen Fachdienstes des Landkreises Holzminden von ihrer Schweigepflicht. Die in der ärztlichen Bericht erhobenen Daten dienen dem Eingliederungshilfeträger zur sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs und zur Erstellung eines Gesamtplans nach §§ 119 SGB IX- für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind. Änderungen in den Verhältnissen werde ich unverzüglich mitteilen.

Mit der Weitergabe, Speicherung und Verarbeitung der in diesem Zusammenhang erforderlichen personenbezogenen Daten an die mit meinem Rehabilitationsverfahren befassten Stellen bin ich einverstanden s. Datenschutzerklärung) Anlage 1

*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

Unterschrift
Antragsstellerin / Antragssteller



Gesetzliche/r Vertreter/in / Betreuer/in:

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ Wohnort:

Datum

Unterschrift
Gesetzliche Vertreterin/Vertreter
oder Betreuerin/Betreuer



Anlage 3
Klient*innenfragebogen

Personendaten

Nachname:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Aktuelle Anschrift:			
Telefonnummer (Festnetz):		Telefonnummer (Mobil):	
E-Mail:			

Wohnsituation der letzten 10 Jahre (Dauer, Wohnform, etc.)

Ausbildung / Beruf

Schulabschluss	
Ausbildung / erlernter Beruf	
Ehemalige Beschäftigung	
Derzeitige Beschäftigung	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	

Familiäre Situation

Wie viele Kinder haben Sie?	Wie viele davon leben in Ihrem Haushalt?	
	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Adresse		
PLZ/Ort		
Verstorben? (wenn ja, wann?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Finanzielle Situation

<u>Einkommen</u> (z.B. ALG II, Berufstätigkeit, Grundsicherung, Altersrente,)	
<u>Vermögen</u> (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen, ...)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<u>Schulden</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von ca.

Schwerbehinderung / Pflegegrad

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Bitte geben Sie den Grad der Behinderung und eventuelle Merkzeichen an.	
Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen?	

Krankheitsbild und aktuelle Lebenssituation

Welche Diagnosen sind Ihnen bekannt?

Bei welchen Ärzt*innen/Therapeut*innen sind oder waren Sie in Behandlung?

Bitte fügen Sie, wenn möglich, existierende Berichte an.

Wie sieht die aktuelle Behandlung aus? (Medikamente, Therapie, etc.)

Waren Sie in den letzten 10 Jahren auch in stationärer Behandlung? Wenn ja, wo und wie lange?

(z. B. Therapie, Reha, Krankenhaus- oder Psychiatrieaufenthalte)

Welche Hilfen haben Sie bereits in Anspruch genommen oder könnten Sie in Anspruch nehmen, die Ihnen in ihrer aktuellen Situation helfen? (z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe, Suchtberatung, Haushaltshilfe, Schuldnerberatung, Pflegeberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratung (EUTB), Psychiatrische Institutsambulanz, etc.)

Gibt es Menschen, die Sie bereits unterstützen bzw. Ihnen eine Hilfe sind?

Wie sieht zurzeit ihr Tagesablauf aus?

Welche Dinge können Sie in ihrem Alltag aufgrund ihrer Beeinträchtigung gerade nicht bewältigen?

Wer hat Ihnen empfohlen einen Antrag bei uns zu stellen?