

# Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB IX und/oder SGB XII

Eingangsdatum:

Aktenzeichen:  
4090-

- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in besonderen Wohnformen (ggf. mit Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII) oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII))
- sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe (Teil 2 SGB IX), und zwar:
- sonstige Leistungen nach dem SGB XII, und zwar:

Antragsbegründung/Art der beantragten Maßnahme bzw. Leistung:

<b>1. Persönliche Verhältnisse:</b>	der leistungsberechtigten Person	des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) oder der Eltern (wenn leistungsberechtigte Person minderjährig und ledig)	
		<input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Name (ggf. Geburtsname angeben)			
Vorname/n			
Geburtsdatum	____.____.____	____.____.____	____.____.____
Geburtsort			
Familienstand (wenn geschieden: Urteil beifügen!)			
Staatsangehörigkeit (ggf. weitere)			
Aufenthaltsstatus (ausländische Mitmenschen)			
Wohnort			
Straße, Nr.			
Telefon (freiwillige Angabe)			
Ausweisdokument			
Rentenversicherungsnummer			
Steuer-ID (11-stellig)			
<b>Gesetzliche Betreuung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte rechts ankreuzen ⇒  wenn ja, bitte Name und Adresse des Betreuers angeben und <b>Bestellungsurkunde beifügen!</b>	Name, Vorname	<input type="checkbox"/> alle Aufgabenkreise	<input type="checkbox"/> mit Einwilligungsvorbehalt für folgende Aufgabenkreise:
	Adresse	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Ämter- u. Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Telefon	_____	_____	_____
Schulabschluss			
Erlerner Beruf			
Derzeitige Tätigkeit			

## 2. Mehrbedarfe

<b>Wurde bei einer der unter 1. eingetragenen Personen eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen „G“ oder „aG“ erteilt? Wenn ja, bitte den Feststellungsbescheid der zuständigen Behörde oder den Schwerbehindertenausweis beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ja, und zwar GdB _____ Merkzeichen _____ Gültig bis _____
<b>Ist eine der unter 1. genannten Personen schwanger?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ☞ <b>Bitte den Mutterpass vorlegen!</b>
<b>Benötigt eine der unter 1. genannten Personen eine kostenaufwendigere Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ ☞ <b>Bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!</b>
<b>Nehmen Sie an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Tagesförderstätte teil?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ☞ <b>Bitte die Anlage zum Mittagessen in der Werkstatt / Tagesförderstätte ausfüllen!</b>

## 3. Kranken- und Pflegeversicherung

<b>Leistungsberechtigte Person</b>		<b>Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)</b>	
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Ggf. Pflegegrad	Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:		Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:	
Name, Vorname	Geburtsdatum	Name, Vorname	Geburtsdatum
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 SGB V Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich folgende gesetzliche Krankenversicherung im Bereich des Sozialhilfeträgers zu meiner Krankenkasse (gilt nur für Maßnahmen in besonderen Wohnformen):

Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
-----------------------	----------------------------

## 4. Familienverhältnisse: Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft

(z. B. Ehepartner(in), Lebensgefährte, Kinder, Eltern):

	1	2	3	4	5
<b>Name (ggf. auch Geb.-name), Vorname</b>					
<b>Geburtsdatum</b>					
<b>Geburtsort</b>					
<b>Familienstand</b>					
<b>Verwandtschaftsverh. z. leistungsberechtigten Person</b>					
<b>Wurde Unterhaltsanspr. geltend gemacht?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - _____ €

## 5. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(Kinder, auch aus früheren Ehen – nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, getrennt lebender Ehegatte):

Name (ggf. Geburtsname) Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverh. zur leistungsberechtigten Person	Familienstand	Unterhaltsanspruch geltend gemacht?	Wohnort Straße, Nr.	Ggf. verstorben am
1.	____.____.____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €		____.____.____
2.	____.____.____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €		____.____.____
3.	____.____.____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €		____.____.____
4.	____.____.____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €		____.____.____
5.	____.____.____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €		____.____.____

### 6. Anhaltspunkte für eine Unterhaltspflicht

Verfügt <b>eines</b> Ihrer beiden Elternteile über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000 Euro?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist mir/uns nicht bekannt
Wenn ja, welcher Elternteil?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Mit welcher Tätigkeit erzielen Ihre Eltern Einkommen?	Bezeichnung der Tätigkeit Mutter _____ Vater _____
Verfügt <b>eines</b> Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000 Euro?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist mir/uns nicht bekannt
Wenn ja, welches Kind?	Bitte Vorname, Name und Anschrift eintragen 1. _____ 2. _____ 3. _____
Mit welcher Tätigkeit erzielt/erzielen Ihr Kind / Ihre Kinder Einkommen?	Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit 1. _____ 2. _____ 3. _____

### 7. Aufenthaltsverhältnisse der leistungsberechtigten Person:

Zugezogen an den jetzigen Aufenthaltsort am: _____	VON (letzte Adresse): _____
Wurde bereits Sozialhilfe geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von folgendem Sozialamt: _____ bis _____	
Aufenthalt in den letzten 12 Monaten vor Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z. B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt, Pflegefamilie, eigene Wohnung, Ausland etc.)	
von – bis _____._____._____ - _____._____._____	In (Zeiten, Orte, ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben) _____ _____ _____
	Stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung	Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung _____._____._____

### 8. Einkommensverhältnisse der leistungsberechtigten Person und der im Haushalt lebenden Personen für existenzsichernde Leistungen nach dem SGB XII (§§ 82 ff. SGB XII):

**Diese Fragen müssen nur beantwortet werden, wenn existenzsichernde Leistungen in besonderen Wohnformen beantragt werden!**

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleistungen für zusammenhängende 12 Monate beifügen – auch Einkünfte, die im Ausland erzielt wurden)

Art des Einkommens monatlich EUR	Leistungsberechtigte Person	Ehegatte/Lebenspartner Mutter	oder Vater
Arbeitseinkommen	€	€	€
Sonderzahlung (Weihnachts-, Urlaubsgeld, Gratifikationen etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ (Zahlmonat) (Betrag) €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ (Zahlmonat) (Betrag) €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ (Zahlmonat) (Betrag) €
Eink. aus Gewerbe, Handel	€	€	€
Miet- u. Untermieteinnahmen	€	€	€
Eink. aus Landwirtschaft oder Pachtvertrag	€	€	€
Pensionen, Versorgungsbezüge u. ä.	€	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr.: _____	€	€	€
Elterngeld	€	€	€
Krankengeld	€	€	€
Pflegegeld	€	€	€
<b>Renten aus der Sozialversicherung</b>			
<input type="checkbox"/> Altersrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Witwen/-r, Waisenrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> befristet bis _____	€	€	€
<input type="checkbox"/> unbefristet	€	€	€
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unfallrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> Leibrente	€	€	€
<input type="checkbox"/> sonst. Rente _____	€	€	€

Leistungen der Agentur für Arbeit / des Jobcenters <input type="checkbox"/> ALG I, <input type="checkbox"/> ALG II etc.)	€	€	€
<b>Sonstige Einkünfte:</b> <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> BAföG-Leistungen <input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/>	€ € € € € €	€ € € € € €	€ € € € € €

**9. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen)**

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Art der Belastung	Leistungsberechtigte Person (LP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)	Art der Belastung	Leistungsberechtigte Person (LP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)
		<b>Uz</b>			<b>Uz</b>
Krankenversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	Beiträge Berufsverband	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Pflegeversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	PKW-Haftpflichtvers	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Rentenversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	Arbeitsmittel	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Altersvorsorgebeiträge	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	<b>Fahrtkosten Arbeitsplatz</b> - m. öffentl. Verkehrsmittel	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Sterbeversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	- mit PKW	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Hausratversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	- mit Motorrad/ -roller	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Haftpflichtversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	- mit Mofa	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
			Sonstiges	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
<b>LP</b>	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz) oder Nutzung eines eigenen PKW				
<b>Uz</b>					

**10. Einkommensverhältnisse der leistungsberechtigten Person und der im Haushalt lebenden Personen für Leistungen nach dem SGB IX:**

Grundsätzlich sind die Einkünfte und Bruttorenten des Vorvorjahres maßgeblich. Der Einkommenssteuerbescheid ist dann vorzulegen, sofern vorhanden. Wenn aktuell eine erhebliche Abweichung zu den Einkünften des Vorvorjahres besteht, sind die voraussichtlichen Jahreseinkünfte des laufenden Jahres anzugeben.

Die Fragen zu Nr. 10 und 11 müssen nur beantwortet werden, wenn nicht bereits unter Punkt 8 und 9 aktuelle Angaben gemacht wurden!

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleistungen für zusammenhängende 12 Monate beifügen – auch Einkünfte, die im Ausland erzielt wurden)

Art des Einkommens monatlich EUR	Leistungsberechtigte Person		Ehegatte/Lebenspartner <u>oder</u>	
	Mutter	Vater	Mutter	Vater
Arbeitseinkommen	€	€	€	€
Sonderzahlung (Weihnachts-, Urlaubsgeld, Gratifikationen etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)
Eink. aus Gewerbe, Handel	€	€	€	€
Miet- u. Untermieteinnahmen	€	€	€	€
Eink. aus Landwirtschaft oder Pachtvertrag	€	€	€	€
Pensionen, Versorgungsbezüge u. ä.	€	€	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr.: _____	€	€	€	€
Elterngeld	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€
Pflegegeld	€	€	€	€
<b>Renten aus der Sozialversicherung</b>				
<input type="checkbox"/> Altersrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Witwen/-r, Waisenrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> befristet bis _____	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> unbefristet	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unfallrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Leibrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> sonst. Rente	€	€	€	€
Leistungen der Agentur für Arbeit / des Jobcenters <input type="checkbox"/> ALG I, <input type="checkbox"/> ALG II etc.)	€	€	€	€

<b>Sonstige Einkünfte:</b>		€	€	€
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe		€	€	€
<input type="checkbox"/> Grundsicherung		€	€	€
<input type="checkbox"/> BAföG-Leistungen		€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe		€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhalt		€	€	€
<input type="checkbox"/>		€	€	€

**11. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen)**

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Art der Belastung	Leistungsberechtig- te Person (LP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)	Art der Belastung	Leistungsberech- tigte Person (LP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)
Krankenversicherung	*mtl./jährl. _____ €	Uz *mtl./jährl. _____ €	Beiträge Berufsverband	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Pflegeversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	PKW-Haftpflichtvers	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Rentenversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	Arbeitsmittel	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Altersvorsorgebeiträge	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	<b>Fahrtkosten Arbeitsplatz</b> - m. öffentl. Verkehrsmittel	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Sterbeversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	- mit PKW	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Hausratversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	- mit Motorrad/ -roller	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
Haftpflichtversicherung	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €	- mit Mofa	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
			Sonstiges	*mtl./jährl. _____ €	*mtl./jährl. _____ €
<b>LP</b>	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz) oder Nutzung eines eigenen PKW				
<b>Uz</b>					

**12. Kosten der Unterkunft in einer besonderen Wohnform**

Ich bin / Wir sind  Mieter(in) von Wohnraum in einer besonderen Wohnform (**Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen**)

Unterkunftskosten betragen \_\_\_\_\_ €  
(ohne evtl. Zuschläge)

Zuschläge betragen \_\_\_\_\_ €

Wohngeld wird gezahlt  nein  beantragt am \_\_\_\_\_

ja (bitte Bescheid beifügen)

Bewilligt von – bis \_\_\_\_\_ monatlich gewährtes Wohngeld beträgt \_\_\_\_\_ €

**13. Haus- und Grundbesitz (In- und Ausland)**

Ich bin / Wir sind Eigentümer von Haus und Grund  nein  ja → bitte Anlage G anfordern!

**14. Vermögen (In- und Ausland)**

**Spar- und Bankguthaben (auch Sparverträge, z. B. vermögenswirksames Sparen, Bausparverträge etc.):**

Ich / Wir habe(n) kein Spar- und Bankguthaben

Ich / Wir habe(n) Spar- und Bankguthaben bei:

Geldinstitut	IBAN (Konto) oder Vertragsnummer BIC	Leistungsberechtigte Person	Ehegatte/Lebenspartner – Eltern bei Minderjährigen €
	IBAN: _____ BIC: _____		
	IBAN: _____ BIC: _____		
	IBAN: _____ BIC: _____		
	IBAN: _____ BIC: _____		

Nachweise sind beizufügen!

**Sonstige Vermögenswerte:**

Ich / Wir habe(n) kein sonstiges Vermögen

Ich / Wir habe(n) Vermögenswerte in folgender Form:

Art des Vermögens	Leistungsberechtig- te Person €	Ehegatte/Lebenspartner – Eltern bei Minderjährigen €
<b>Bargeld</b>		
<b>Aktien, Pfandbriefe, Schatzbriefe, sonst. Wertpapiere</b>		
Art der Einlage	ggf. Vertrags-/Depot-Nr.:	
<b>Hypotheken, Darlehen, sonst. Forderungen</b>		
Art der Forderung	ggf. Vertrags-Nr.:	
<b>Lebens-, Sterbe- und private Rentenversicherungen</b>		
Art der Einlage	ggf. Vertrags-/Depot-Nr.:	

<b>Sachwerte (z. B. *PKW, Schmuck, Kunstgegenstände etc.)</b>			
Art des Sachwertes		*ggf. Fahrzeugschein beifügen	
<b>Weiterer Grundbesitz, Wohnungs- u. Miteigentum</b>			
→ Bitte Anlage G anfordern!			
<b>Anlage- und Betriebsvermögen</b>			
Art / nähere Bezeichnung			
<b>Ich / Wir habe(n) Ansprüche aus:</b>			
Altenteilsvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Überlassungsvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Erbanspruch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Leibrentenvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Kaufvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Sonstige Sachwerte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Ich / Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld, Kfz. etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes:			
Art/Bezeichnung	Wert in €	Empfänger (Name, Geburtsdatum, Anschrift)	

#### 15. Sonstiges:

<b>a.</b>	<b>Sind Sie Kriegsbeschädigter oder –hinterliebener?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>b.</b>	<b>Sind Kinder oder Enkel d. Hilfesuchenden durch Kriegs-, Wehrdienst – od. Schädigungsfolgen verstorben?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<b>Falls ja: Name, Geburtsdatum; wann und wo verstorben:</b>	
<b>c.</b>	<b>Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt? (In- und Ausland)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ am _____
<b>d.</b>	<b>Falls der Antrag abgelehnt wurde</b>	wann _____ warum _____
<b>e.</b>	<b>Liegt ein Impfschaden vor?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ am _____
<b>f.</b>	<b>Opfer von Gewaltverbrechen?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ am _____
<b>g.</b>	<b>Behinderung durch Unfall?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ (Verursacher) am _____
<b>h.</b>	<b>Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?</b>	

#### Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt die leistungsberechtigte Person oder ihr Ehegatte, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält:

- aus dem Lastenausgleich
- aus der Sozialversicherung
- als Kriegsbeschädigter
- aus Unfall
- aus Krankheit
- aus anderem Rechtsgrund,

wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

#### Bankverbindung der leistungsberechtigten Person:

IBAN (Konto)	BIC	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

#### Erklärung der leistungsberechtigten Person und seines Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährten, bei Minderjährigen des/der Personensorgeberechtigten:

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

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Krankenhaus- oder Heimaufnahme, vorübergehende Abwesenheit von 2 oder mehr Wochen) sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Über die bestehenden Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 – 66 des SGB I wurde ich informiert; der Erhalt der Anlage „Mitwirkung des Leistungsberechtigten“ wird bestätigt.

Eine Erhebung der vorstehend aufgeführten Daten erfolgt nach den Bestimmungen des SGB IX und SGB XII i. V. m. den §§ 60 ff. SGB I sowie §§ 67 ff. SGB X. Gemäß § 118 Abs. 1 SGB XII können die dort bestimmten Daten für den Bereich des SGB XII mit den Daten anderer Sozialhilfeträger und anderer Sozialleistungsträger, wie den Arbeitsämtern, den gesetzlichen Trägern der Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung, dem Bundesamt für Finanzen abgeglichen werden. Die erhobenen Daten werden verarbeitet, gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an eine zentrale Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII – Sozialhilfedatenabgleichsverordnung [SozihIDAV]).

Ort, Datum	Unterschrift leistungsberechtigten Person oder gesetzliche Vertretung	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährtin(e)/Lebenspartner(in)	Unterschrift des Aufnehmenden

Folgende Anlagen sind beigelegt:

<input checked="" type="checkbox"/> Anlage <b>Mitwirkungspflichten</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Anlage „Ergänzende Information über die Erhebung personenbezogener Daten“
<input checked="" type="checkbox"/> Anlage „Datenschutzhinweise“	<input checked="" type="checkbox"/> Anlage <b>Selbstauskunftsbogen</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Anlage Mittagessen Werkstatt	<input checked="" type="checkbox"/> Anlage <b>Schweigepflichtentbindung / Einwilligungserklärung</b>

**Erklärung über die Teilnahme  
an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung  
in der Werkstatt für behinderte Menschen**

Az.:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

vertreten durch: \_\_\_\_\_

ist im

Eingangsbereich       Berufsbildungsbereich       Arbeitsbereich

bei folgender Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt:

\_\_\_\_\_

und arbeitet

5 Tage in der Woche

4 Tage in der Woche

3 Tage in der Woche

2 Tage in der Woche

1 Tag in der Woche

und nimmt an allen Arbeitstagen regelmäßig an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil:

Ja

Nein, sondern nur an \_\_\_\_\_ Arbeitstagen (Anzahl bitte angeben)

Die vertragliche Vereinbarung über die Inanspruchnahme/Zahlung der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung ist in Kopie beigelegt/ wird nachgereicht.

**Hinweis: Änderungen zu den hier gemachten Angaben sind unverzüglich mitzuteilen.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



## **Anlage M: Mitwirkung der leistungsberechtigten Person**

### **- Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil -**

#### **§ 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 denjenigen, 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.

#### **§ 61 Persönliches Erscheinen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

#### **§ 62 Untersuchungen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

#### **§ 63 Heilbehandlung**

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

#### **§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

## § 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,

können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert 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.

**Datenschutzhinweise für Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB IX und/oder SGB XII**

Gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) müssen betroffene Personen einer Datenverarbeitung zum Zeitpunkt der Datenerhebung über die Umstände der Verarbeitung informiert werden.

**1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?**

Verantwortliche Stelle ist:

Name: Kreis Steinburg - Der Landrat -  
Adresse: Viktoriastr. 16-18, 25524 Itzehoe  
Telefon: 04821 / 69 - 0  
Telefax: 04821 / 69 - 356  
E-Mail: [info@steinburg.de](mailto:info@steinburg.de)

**2. Wer ist mein Ansprechpartner bei Fragen zum Datenschutz in der Kreisverwaltung?**

Der Kreis Steinburg hat eine behördliche Datenschutzbeauftragte. So erreichen Sie unsere Datenschutzbeauftragte:

Postadresse: Viktoriastr. 16/18, 25524 Itzehoe  
Besuchsadresse: Lindenstr. 61, 25524 Itzehoe  
Telefon: 04821 / 69 - 515  
Telefax: 04821 / 69 - 9 515  
E-Mail: [datenschutz@steinburg.de](mailto:datenschutz@steinburg.de)

Bei Fragen zum Datenschutz und zur Wahrnehmung Ihrer Rechte setzen Sie sich gerne mit unserer behördlichen Datenschutzbeauftragten in Verbindung.

**3. Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre Daten?**

Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 e in Verbindung mit Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff. SGB X verarbeitet.

Ihre Daten werden verarbeitet um

- a. Ihren individuellen Teilhabebedarf und Leistungsanspruch zu ermitteln,
- b. zu prüfen, ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungs- und Sozialhilfe vorliegen,
- c. die Leistungsgewährung mit den Trägern anderer Sozial- oder Teilhabeleistungen zu koordinieren,
- d. die Leistungen mit dem/ den Träger/n Ihrer Maßnahme/n (z.B. der Werkstatt für behinderte Menschen oder dem Anbieter für ambulante Betreuung) abzurechnen und
- e. den Nachrang der Eingliederungshilfe und Sozialhilfe wiederherzustellen.

**4. Werden meine Daten weitergegeben?**

Ihre Daten werden im Rahmen der Verarbeitung zweckgemäß nach den §§ 67a ff. SGB X evtl. weitergegeben an die gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, andere Rehabilitationsträger, Sozialhilfeträger einschließlich örtliche Sozialämter, Jugendämter, Gesundheitsämter, Hilfe zur Pflege, Ausländerbehörden, Krankenkassen, Pflegekassen, medizinische Einrichtungen, andere Eingliederungshilfeträger, Finanzbuchhaltung des Kreises, Gerichte, gesetzliche Betreuung oder Bevollmächtigte, Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Bei einer möglichen Weitergabe wird der Grundsatz der Zweckbindung berücksichtigt.

## **5. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?**

Es werden keine Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt.

## **6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?**

Im Anschluss an die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren für Vorgänge nach BTHG und Eingliederungshilfe müssen wir die Unterlagen dem Kreisarchiv anbieten. Hier gilt der Grundsatz der Anbieterspflicht aus § 6 Landesarchivgesetz Schleswig-Holstein (LArchG). Die Zweckbindung wird durch die Abgabe an das Archiv nicht durchbrochen. Dies ergibt sich aus Art. 5 Abs. 1 lit. b DSGVO.

## **7. Was sind Ihre Rechte als Betroffener der Datenverarbeitung?**

Jede betroffene Person hat folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO,
- Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO
- Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO,
- Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO und
- Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO.

## **8. Widerrufsmöglichkeiten bei Einwilligungserklärungen**

Eine erteilte Einwilligung zur Einholung der Auskünfte durch mich als Leistungsträger der Eingliederungshilfe bei anderen öffentlichen Stellen und Beteiligten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

## **9. Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde.

Hierzu können Sie sich an die Landesbeauftragte für Datenschutz in Schleswig-Holstein wenden.

Landesbeauftragte für Datenschutz im  
Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz (ULD)

Holstenstr. 98 in 24171 Kiel,

Telefon: 0431 988-1200

E-Mail: [mail@datenschutzzentrum.de](mailto:mail@datenschutzzentrum.de)).

## **10. Besteht eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?**

Gemäß § 60 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind.

Sie haben daher alle benötigten Daten preiszugeben, um

- im Rahmen des Gesamt-/Teilhabepflichtverfahrens Ihren Bedarf an Rehabilitations- und anderen Sozialleistungen festzustellen,
- über die Beteiligung anderer Rehabilitations- und Leistungsträger zu entscheiden,
- die Gewährungs Voraussetzungen der infrage kommenden Leistungen zu prüfen und

- die Leistungen zu erbringen.

Sofern notwendige Daten fehlen und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird, kann ich die Leistung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagen. Wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind, ist dies möglich bis die Mitwirkung nachgeholt wurde. (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

#### **11. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?**

Wir treffen in den einzelnen Verwaltungsverfahren grundsätzlich keine vollautomatisierten Entscheidungen gem. Art. 22 DSGVO. Ebenso wird in der Kreisverwaltung kein Profiling durchgeführt.

Kreis Steinburg, Der Landrat, Kreissozialamt,  
Viktoriastr. 16 – 18, 25524 Itzehoe

Az.: 4090-\_\_\_\_\_

## Erhebung persönlicher Daten/Vorlage von Unterlagen / Beteiligung anderer öffentlicher Stellen

Zur Vorlage beim Kreis Steinburg, Der Landrat, Kreissozialamt, Viktoriastr. 16 – 18 in 25524 Itzehoe.

### **Wichtiger Hinweis:**

Zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Feststellung Ihres Leistungsanspruches nach dem Neunten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind Daten zu erheben und Unterlagen vorzulegen. Vorrangig sind die Daten bei Ihnen als Antragsteller/in zu erheben. Die beizubringenden Unterlagen/Angaben sind von Ihnen selbst zu beschaffen.

**Als Serviceangebot** biete ich Ihnen die Einholung der Auskünfte durch mich als Leistungsträger der Eingliederungshilfe an. Dazu bitte ich Sie, die anliegenden „*Entbindungs-/Einwilligungserklärungen*“ auszufüllen und unterschrieben an mich zurückzugeben.

Außerdem kann es für die Durchführung des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens erforderlich sein, dass andere öffentliche Stellen (Pflegekasse, Betreuungsbehörde, Sozialhilfeträger für Leistungen der Hilfe zur Pflege und / oder Leistungen zum Lebensunterhalt) an der Ermittlung Ihres individuellen Bedarfs zu beteiligen sind. Auch kann eine frühzeitige Beteiligung eines Leistungserbringers sinnvoll sein. Dafür ist nach den Vorschriften des SGB IX Ihre Zustimmung erforderlich. Ich bitte Sie daher, die beifügten Zustimmungserklärungen zu unterschreiben und an mich zurückzugeben.

Mit den Entbindungs-/Einwilligungserklärungen geben Sie dem Kreissozialamt die Befugnis, sich die erforderlichen Daten direkt zu beschaffen. Dieses kann zur Beschleunigung des Verfahrens führen.

Sofern Sie mit diesem Verfahren nicht einverstanden sind, also die Ihnen vorgelegten Einwilligungserklärungen nicht unterschreiben, bleiben Sie in der Pflicht, die Angaben selbst zu machen und zu belegen.

Sofern der Leistungsträger die erforderlichen Angaben bzw. Unterlagen nicht erhält, kann eine Leistung gemäß § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) gänzlich oder in Teilen versagt werden (siehe Anlage Mitwirkung).

Die Entbindungs- /Einwilligungserklärungen werden von Ihnen freiwillig erteilt.

Die Entbindungs- /Einwilligungserklärungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Entbindungs-/Einwilligungserklärungen zur Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

**Persönliche Angaben:** (vom Antragsteller/ von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichem/r Vertreter/in selbst auszufüllen)

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Wohnort, Straße, ggf. Telefon-Nummer (Festnetz und Mobilfunk)

**Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten bzw. bei bestehendem Betreuungsverhältnis des Betreuers/ der Betreuerin**

(bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

---

---

**Teil A**

**Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Daten an andere Stellen**

(sofern nicht bereits durch die gesetzlichen Übermittlungsrechte/-pflichten abgedeckt)

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitliche Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung übermittelt werden an:

- den zuständigen Sozialhilfeträger
- das zuständige Jobcenter
- die zuständige Agentur für Arbeit
- Leistungserbringer
- den zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst

**Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Daten an den Kreis Steinburg als Träger der Eingliederungs- und Sozialhilfe**

Ich bin damit einverstanden, dass das Jobcenter bzw. die Agentur für Arbeit bei Leistungsansprüchen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) an den Kreis Steinburg als Träger der Sozial- und Eingliederungshilfe Daten zu meiner Leistungsbeziehung übermittelt.

---

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

## Teil B

### Beteiligung anderer öffentlicher Stellen (§§ 22, 117 SGB IX)

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens zur Klärung und Feststellung meines individuellen Bedarfs
- die Pflegekasse
  - der Sozialhilfeträger für Bedarfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege
  - der Sozialhilfeträger für Bedarfe im Rahmen des Lebensunterhalts
  - die Betreuungsbehörde

durch den Kreis Steinburg als Eingliederungshilfeträger beteiligt wird. Das beinhaltet die Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten nach § 96 Abs. 5 SGB IX in Verbindung mit den §§ 67 ff. SGB X.

Wichtig: Bitte setzen Sie bei Zustimmung Kreuze. Wenn eine Zustimmung nicht gegeben wird, kann ein entsprechender Bedarf im Gesamt-/Teilhabeplanverfahren evtl. nicht festgestellt werden. Der Gesamt-/Teilhabeplan wäre dann insoweit lückenhaft.

### Beteiligung von Leistungserbringern

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens zur Klärung und Feststellung meines individuellen Bedarfs potentielle Leistungserbringer durch den Kreis Steinburg als Eingliederungshilfeträger beteiligt werden. Das beinhaltet die Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten nach § 96 Abs. 5 SGB IX in Verbindung mit den §§ 67 ff. SGB X.

### Widerspruchsrecht / Widerruf der Einwilligung zu Teil A und B

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich o.g. Übermittlungen und Beteiligungen jederzeit für die Zukunft widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Die Erklärungen wurden von mir freiwillig erteilt.

Auf die Folgen aus einer fehlenden Einwilligung / Zustimmung wurde ich hingewiesen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. rechtliche Vertretung

---

Vorname

Nachname

Geburtsdatum



## Teil C

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

#### 1. Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten

Ich willige ein, dass der Eingliederungshilfeträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antragsverfahren auf Leistungen nach dem SGB IX angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen, psychologischen und pädagogischen 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.

#### **Behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste:**

Hier wären zu nennen: Hausarzt, Fachärzte, Kliniken, Fachkrankenhäuser, Sozialpsychiatrischer Dienst usw.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Eingliederungshilfeträger umgehend mitteilen.

Ich willige ein, dass der Eingliederungshilfeträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte einem evtl. zu beauftragenden Gutachter auf dem Postweg übersandt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die beim Eingliederungshilfeträger bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen an einen zu beauftragenden Gutachter / ein zuständiges Gesundheitsamt auf dem Postweg gesandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Eingliederungshilfeträger herausgegeben und von ihm eingesehen und verwertet wird.

---

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

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

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, 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 die Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

Nachname

Geburtsdatum

## **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 Leistung der Eingliederungshilfe im Sinne des SGB IX zu entscheiden (§ 67a Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X).

Der Eingliederungshilfeträger darf medizinische Daten, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (z.B. 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 Eingliederungshilfeträger diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z.B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 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).

Schulabschluss	Ausbildungsabschluss	Beruf/Beschäftigungsverhältnis

## Selbstauskunftsbogen

**zum Antrag auf Eingliederungshilfe gem. §§ 4 und 90 ff SGB IX**

I. Ich möchte durch folgende Maßnahme(n) gefördert werden (Bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Offenes Wohnheim
<input type="checkbox"/> Betreute Wohngruppe (teilstationär)	<input type="checkbox"/> Geschlossenes Wohnheim
<input type="checkbox"/> Tagesstätte	<input type="checkbox"/> Übergangseinrichtung
<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Werkstatt für psychisch Behinderte	<input type="checkbox"/> _____

Ich wünsche durch folgende Einrichtung betreut zu werden:

Ich habe keinen besonderen Wunsch und bitte um eine Empfehlung.

II. Ich schätze meine derzeitige Lebenssituation wie folgt ein:			
Situation	gut	zufriedenstellend	schlecht
Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zur Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zum Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Ich schätze meine persönlichen Fähigkeiten wie folgt ein:			
Fähigkeiten	gut	zufriedenstellend	schlecht
meinen Tagesablauf zu gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege der Wohnung und Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behördengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundschaften aufbauen und erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit anderen Menschen Kontakt knüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit meinen Einschränkungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Ich erhalte derzeit Unterstützung durch folgende professionelle Fachdienste / Ärzte / Therapeuten / Freunde / Angehörige / sonstige Personen und Dienste		
Name	Anschrift	Telefonnummer


Wie stellt sich diese Unterstützung dar?


**V. Welche Ziele haben Sie bezüglich Ausbildung / Beruf / Beschäftigung / Wohnen / eigenes Einkommen / soziale Kontakte / Umgang mit der Erkrankung / Freizeitgestaltung?**


**VI. Wie können diese Ziele Ihrer Meinung nach erreicht werden?**


Beim Ausfüllen dieses Bogens wurde ich unterstützt  nein  ja, durch:

--

aufgrund des Gesundheitszustandes ist eine persönliche Selbsteinschätzung nicht möglich

--

Ort, Datum

--

Unterschrift nachfragende Person / gesetzl. Betreuung

Behörde

Kreis Steinburg  
 Kreissozialamt/Teilhabe undEingliederung  
 Postfach 1632  
 25506 Itzehoe

Az.: 4090-

Anlage SA