

Name, Vorname

Anschrift (aktueller Aufenthaltsort / Wohnort, besondere Wohnform, JVA ...)

Telefon – email-Adresse:

An das
Sozialamt Bremerhaven
Hinrich-Schmalfeldt-Str.
27576 Bremerhaven



Hiermit beantrage ich (bitte ankreuzen)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zum Betreuten Wohnen |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen in besonderen Wohnformen (bisheriges Heimwohnen) |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zum Besuch einer Tagesförderstätte |
| <input type="checkbox"/> | andere Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen Behinderungen |

Bitte begründen Sie Ihren Antrag mit eigenen Worten:

Haben Sie Leistungen zur Teilhabe bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt bzw. erhalten (z. B. Ambulante Psychiatrische Pflege oder Soziotherapie)?

nein
 Ja

Art der Leistung: _____

wann/Zeitraum: _____

bei welchem Rehabilitationsträger: _____

Haben Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe in den letzten zwei Jahren erhalten?

nein
 Ja

bis wann: _____

von wem: _____

Weitere Angaben zur Person:

Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status bei Ausländer*innen		
Schulabschluss		
Berufsausbildung		
Letzte berufliche Tätigkeit		
Arbeitgeber (Name, Anschrift)		
Ausgeübte Tätigkeit		
Gesetzlich bestellte/r Betreuer*in oder Bevollmächtigte/r	Wirkungskreis:	
	Name, Vorname:	
	Anschrift:	Telefon:
	Bestellt durch das Betreuungsgericht in:	
	Geschäftszeichen:	

Behinderung:

Schwerbehindertenausweis

- ja, Kopie ist beigelegt nein

Art der Behinderung

- geistige Beeinträchtigung körperliche Beeinträchtigung
 psychische Erkrankung Sinnesbeeinträchtigung
 Suchterkrankung (legale Suchtmittel) Suchterkrankung (illegale Suchtmittel)
 Autismusspektrumsstörung andere Beeinträchtigung

Ursache der Behinderung

- angeboren durch Krankheit/Berufskrankheit durch Arbeitsunfall
 durch Dritte oder anderen Sachverhalt verursacht (z.B. durch Gewalttat nach Opferentschädigungsgesetz, Impfschaden, Unfall, mangelhafte ärztliche Behandlung)

Haben Sie medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten?

- ja, Kopien sind beigelegt nein

aktuelle Wohnverhältnisse:

- allein lebend mit Ehegatte*in – Partner*in
 mit minderjährigem(n) Kind/ern mit anderen Menschen
 in einer besonderen Wohnform

Wohnort und Aufenthalte in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung (auch in stationären Einrichtungen, Krankenhäusern etc.)

von	bis	Anschrift des Wohnortes / Aufenthaltsortes

Krankenversicherung / Pflegeversicherung:

Krankenkasse /Pflegekasse	
Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Werden Leistungen von der Pflegekasse gewährt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad : _____ (Kopie des MDK-Gutachtens beigefügt)	

Einkommen:

Ich beziehe

<input type="checkbox"/> Bürgergeld bzw. Sozialgeld vom Jobcenter nach dem SGB II
<input type="checkbox"/> Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe nach dem SGB XII

Wenn Sie eine der drei vorgenannten Auswahlmöglichkeiten ankreuzen konnten, sind zum Einkommen keine weiteren Angaben erforderlich.

Das Jahresbruttoeinkommen können Sie **aus dem Steuerbescheid** entnehmen.

Mein Jahresbruttoeinkommen des Vorjahres beträgt

aus nichtselbstständiger Tätigkeit	€
aus Renteneinkünften	€
aus sonstigen zu versteuernden Einkünften (z.B. selbstständige Tätigkeit, Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung oder Kapitalerträgen)	€

**Das Jahresbruttoeinkommen meines/r Ehegatten*in bzw. Lebenspartners/
Lebenspartnerin des Vorjahres beträgt**

aus nichtselbstständiger Tätigkeit	€
aus Renteneinkünften	€
aus sonstigen zu versteuernden Einkünften (z.B. selbstständige Tätigkeit, Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung oder Kapitalerträgen)	€

Vermögen (stets auszufüllen):

Art des Vermögens		Betrag in €
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bank / Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Paypal-Konten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Forderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufswert inkl. Überschussanteil nachweisen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sterbegeld/Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patentrechtliche Vermögenspositionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilrechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Immobilien und Grundstücke:

Sind Sie (Mit-)Eigentümer*in und/oder Grundbesitzer*in		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben	a) Grundstücksfläche in qm	b) Wohnfläche in qm
<input type="checkbox"/> Hauseigentum <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus		a)	b)
Wohnungseigentum		a)	b)
unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a)	
Sonstiges Haus und Grundvermögen		a)	

Erklärung

zum Antrag auf Gewährung von Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX)

Die von mir oder meiner/m Bevollmächtigten im Antrag auf Eingliederungshilfe gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Ich habe vor allem keine Einkünfte und Ansprüche gegen Dritte verschwiegen. Mir ist bekannt, dass diese Angaben Grundlage für die Entscheidung über meinen Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe sind.

Ich weiß, dass Eingliederungshilfe nur dann gewährt wird, wenn keine Selbsthilfe möglich ist, z. B. durch Einsatz meines Einkommens oder Vermögens.

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich jede Veränderung in meinen Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen unverzüglich gemäß § 60 des Sozialgesetzbuches I dem Sozialamt Bremerhaven unaufgefordert mitzuteilen habe und zur Mitwirkung bei der Feststellung des Bedarfes verpflichtet bin. Ich bin ferner darauf hingewiesen worden, dass das Sozialamt Bremerhaven bei fehlender Mitwirkung ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nach dem SGB IX nicht nachgewiesen sind.

Mir ist bekannt, dass ich auf unrichtigen oder unterlassenen Angaben beruhende Sozialleistungen zurückzahlen muss und dass ich wegen unberechtigten Bezugs derartiger Leistungen belangt werden kann.

- ja nein Ich berechne das Sozialamt, dem Leistungserbringer die bewilligten Leistungen zur Kenntnis zu geben.
- ja nein Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt Bremerhaven im Rahmen von Gesamt- oder Teilhabeplanverfahren erstellte Pläne beteiligten Rehabilitationsträgern zur Kenntnis gibt.

 Einverständniserklärung zur Koordination von Terminen

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, so dass entsprechende Korrespondenz ausschließlich telefonisch, durch Postversand oder durch Abholung vor Ort erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch die betreffende Person erteilt wird.

Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie einer entsprechenden Korrespondenz zwecks Abstimmung von Einladungsterminen zwischen dem Gesundheitsamt Bremerhaven und Ihnen unter der folgenden Mailadresse zu:

_____@_____

Sie versichern, dass Ihnen die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – bekannt sind. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum und Unterschrift des/der Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der gesetzlichen Betreuung/Bevollmächtigten

Sozialdatenschutz

Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt und an das mit der Verarbeitung beauftragte Rechenzentrum zur Speicherung weitergegeben.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Wir weisen auf die kostenlosen Angebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) hin. Die EUTB sind Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen. Die Angebote der EUTB erstrecken sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der EUTB in Bremerhaven unter folgenden Kontaktdaten:

EUTB – beim Betreuungsverein Bremerhaven, Stedinger Straße 2, 27568 Bremerhaven

Tel. 0471/9545960 oder 0471/9545961

E-Mail: eutb-info@betreuungsverein-bremerhaven.de

Internet: www.betreuungsverein-bremerhaven.de/eutb-ergaenzende-unabhaengige-teilhabeberatung/ oder www.teilhabeberatung.de

Kenntnis genommen:

Ort, Datum und Unterschrift des/der Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der gesetzlichen Betreuung/Bevollmächtigten

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

	Kopie vom Ausweis der gesetzlichen Betreuung / Vollmacht
	Kopie Schwerbehindertenausweis
	aktueller Bescheid über Leistungen nach dem SGB II (z. B. ALG II oder Sozialgeld) bzw. nach dem SGB XII (z. B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe zur Pflege)
	medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten (z. B. MDK-Gutachten)
	Kontoauszüge der letzten drei Monate
	Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres Antragsteller*in
	Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres Ehegatte*in/Lebenspartner*in
	Rentenbescheid des Vorvorjahres
	Rentenbescheid des Vorvorjahres Ehegatte*in/Lebenspartner*in
	Nachweis über das angegebene Vermögen bzw. Wohneigentum