Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Form von Leistungen zur

- ☐ **medizinischen Rehabilitation (Teil 2 Kapitel 3 SGB IX)**
- ☐ **Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2 Kapitel 4 SGB IX)**
- ☐ **Teilhabe an Bildung (Teil 2 Kapitel 5 SGB IX)**
- ☐ **Sozialen Teilhabe (Teil 2 Kapitel 6 SGB IX)**

Nähere Begründung des Antrages (siehe auch Abschnitt 9)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

1. Angaben zur Antragsteller/in und zur Partnerin bzw. Partner (Ehegatte, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in)

	Antragsteller/in	Partner/in
Familienname		
ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Wohnanschrift		
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Telefon-Nr.		
E-Mail		
Familienstand *) nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft *) ☐ verwitwet seit	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft *) ☐ verwitwet seit
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status		
– Duldung	☐ nein ☐ ja, gültig bis	☐ nein ☐ ja, gültig bis
– Niederlassungserlaubnis	☐ nein ☐ ja, gültig bis	☐ nein ☐ ja, gültig bis
– Aufenthaltserlaubnis	☐ nein ☐ ja, gültig bis	☐ nein ☐ ja, gültig bis
Leistungsberechtigt nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Art des Ausweisdokuments		
Nummer des Ausweisdokuments		
Bei Kindern, die ab Geburt über Tag und Nacht in einer Einrichtung betreut werden: Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung		

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020

	Antragsteller/in	Partner/in
Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid (bitte Ärztliches Gutachten beifügen)	☐ ja ☐ nein GdB | Merkzeichen Schwerbehindertenausweis	☐ ja ☐ nein GdB | Merkzeichen Schwerbehindertenausweis
Gesetzlicher Betreuer Wenn ja, Name und Anschrift des Betreuers	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

2. Angaben zu den im selben Haushalt lebenden Eltern der minderjährigen antragstellenden Person

	Mutter	Vater
Familienname		
ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Wohnanschrift		
Staatsangehörigkeit		
Einkommen in Höhe von	EUR	EUR
	Kind	**Kind**
Familienname		
ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Wohnanschrift		
Staatsangehörigkeit		
Einkommen in Höhe von	EUR	EUR
	Antragsteller/in	**Partner/in**
Unterhaltsansprüche gegen geschiedene/getrennt lebende Ehepartner	☐ nein ☐ ja ☐ Auf Unterhalt wurde verzichtet ☐ Unterhaltsanspruche bereits geltend gemacht ☐ Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen) ☐ Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)	☐ nein ☐ ja ☐ Auf Unterhalt wurde verzichtet ☐ Unterhaltsanspruche bereits geltend gemacht ☐ Unterhalt bereits tituliert (Nachweis vorlegen) ☐ Unterhalt wird gezahlt (Nachweis vorlegen)

3. Einkommensverhältnisse

Maßgeblich ist Summe der Einkünfte des Vorvorjahres nach § 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes. Bitte legen Sie den Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres vor. Wenn dieser vorliegt, dann müssen Sie in den Abschnitten 3. und 4. keine weiteren Angaben machen.

Bei Renteneinkünften ist die im Rentenbescheid ausgewiesene Bruttorente des Vorvorjahres anzugeben. Bitte legen Sie den Rentenbescheid des Vorvorjahres vor. Wenn dieser vorliegt, dann müssen Sie in den Abschnitten 3. und 4. keine weiteren Angaben machen. Bitte füllen Sie die Abschnitte 3. und 4. auch aus, wenn erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorvorjahres zu erwarten sind.

zentraler Thüringer Formularpool
© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020

	Antragsteller/in	Partner/in
Sind erhebliche Abweichungen zu den Einkünften des Vorvorjahres zu erwarten?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit		
– Gewerbe/Handel/Freiberufe	EUR	EUR
– Land- und Forstwirtschaft	EUR	EUR
– Vermietung und Verpachtung	EUR	EUR
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte	EUR	EUR
Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II	EUR	EUR
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit	EUR	EUR
Leistungen der Pflegeversicherung	EUR	EUR
Leistungen der Krankenversicherung	EUR	EUR
Kindergeld	EUR	EUR
Unterhalt nach BGB / LPartG	EUR	EUR
Unterhaltsvorschuss nach UVG	EUR	EUR
Unterhaltssicherung nach USG	EUR	EUR
Renten / Pensionen		
– Leibrente	EUR	EUR
– Altersrente	EUR	EUR
– Erwerbsminderungsrente	EUR	EUR
– Witwen- / Witwerrente	EUR	EUR
– Waisenrente	EUR	EUR
– Landwirtschaftl. Altersgeld	EUR	EUR
– Knappschaftsrente	EUR	EUR
– Betriebsrente	EUR	EUR
– Zusatzrente	EUR	EUR
– Unfallrente	EUR	EUR
– Pensionen	EUR	EUR
BAföG-Leistungen	EUR	EUR
Blindengeld	EUR	EUR
Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler	EUR	EUR
Übergangsgeld	EUR	EUR
Sonstiges	EUR	EUR

4. Vom Einkommen absetzbare Beträge

	Antragsteller/in	Partner/in
Steuern auf Einkommen	EUR	EUR
Kranken-/Pflegeversicherung	EUR	EUR
Arbeitslosenversicherung	EUR	EUR
Rentenversicherung	EUR	EUR

zentraler Thüringer Formularpool
© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020

	Antragsteller/in	Partner/in
Altersvorsorgebeiträge	EUR	EUR
Hausratversicherung	EUR	EUR
Haftpflichtversicherung	EUR	EUR
Lebensversicherung	EUR	EUR
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens		
– Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	EUR	EUR
– Benutztes Verkehrsmittel		
– Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km

5. Vermögensverhältnisse *(bitte jeweils Nachweise beifügen)*

	Antragsteller/in	Partner/in
Bargeld	EUR	EUR
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen)	EUR	EUR
Wertpapiere / Aktien	EUR	EUR
Forderungen	EUR	EUR
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)	EUR	EUR
Patentrechtliche Vermögenspositionen	EUR	EUR
Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)	EUR	EUR
Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)	EUR	EUR
Kraftfahrzeug(e)	EUR	EUR
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)	EUR	EUR
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	EUR	EUR
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	EUR	EUR
Sonstiges Vermögen	EUR	EUR
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte übertragen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welcher Höhe?	EUR	EUR

6. Mögliche Ansprüche gegenüber Dritten *(bitte jeweils Nachweise beifügen)*

	Antragsteller/in	Partner/in
Ansprüche gegen Dritte, z. B. Leibrenten, Bereicherungsansprüche nach BGB, Forderungen aus Verträgen, Pflichtteilsansprüche, Öffentlich-rechtliche Ansprüche, Leistungen aus Versicherungsverträgen, Rückforderungsanspruch gem. § 528 I BGB		

zentraler Thüringer Formularpool
© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020

7. Persönliche Lebenssituation

	Antragsteller/in	Partner/in
Bewohner einer besonderen Wohnform oder	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Falls ja, wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor Einzug in die besondere Wohnform / ambulant betreute Wohngemeinschaft gewohnt?		
Wurde bereits ein Verfahren zur Ermittlung der Teilhabebedarfe durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Falls ja, durch welche Behörde? (Bitte Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung beifügen)		
Wurde bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durchgeführt? (Bitte frühere Hilfepläne bzw. Teilhabe- und Gesamtpläne beifügen.)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Erfolgte bereits eine Beratung durch eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstelle (EUTB)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Falls ja, durch welche?		

8. Sonstiges

	Antragsteller/in	Partner/in
Wurden schon einmal Leistungen der EGH beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Falls ja, bei welcher Behörde?		
Wurden in den letzten 6 Monaten Leistungen der EGH bezogen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Falls ja, bei welcher Behörde? **(Bitte Bewilligungsbescheid vorlegen)**		
Wurden andere Leistungen beantragt oder bewilligt (z.B. ALG II, Sozialgeld, HLU nach dem Dritten Kap. SGB XII, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt)?	☐ ja Leistungsart Beantragt am Bewilligt von bis ☐ nein	☐ ja Leistungsart Beantragt am Bewilligt von bis ☐ nein
Falls ja, wann und bei welcher Behörde? **(Bitte Bewilligungsbescheid bzw. gestellten Antrag vorlegen.)**		
Kranken-/Pflegeversicherung	☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ Als Rentner versichert ☐ Privat versichert ☐ Freiwillig gesetzlich versichert ☐ Nicht versichert	☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ Als Rentner versichert ☐ Privat versichert ☐ Freiwillig gesetzlich versichert ☐ Nicht versichert
Name und Anschrift der Krankenkasse		
Versicherungsnummer		

zentraler Thüringer Formularpool
© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020

9. Nähere Angaben zur beantragten Leistung

Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	☐ Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe ☐ Früherkennung und Frühförderung für Kinder ☐ Arznei- und Verbandsmittel ☐ Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie ☐ Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung ☐ Hilfsmittel ☐ Belastungserprobung und Arbeitstherapie ☐ Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen ☐ Andere Leistung: _____
Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung	
Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	☐ Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen ☐ Leistungen bei anderen Leistungsanbietern ☐ Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern
Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung	
Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistung zur Teilhabe an Bildung	☐ Hilfen zur Schulbildung, insb. im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu ☐ Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf
Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung	
Beantragte Leistung aus dem Bereich der Leistung zur Sozialen Teilhabe	☐ Leistungen für Wohnraum ☐ Assistenzleistungen ☐ Heilpädagogische Leistungen ☐ Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie ☐ Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten ☐ Leistungen zur Förderung der Verständigung ☐ Leistungen zur Mobilität ☐ Hilfsmittel ☐ Besuchsbeihilfen ☐ Andere Leistung: _____
Weitere Ausführungen zur beantragten Leistung	
Leistungsform	☐ Übernahme von Leistungen in Diensten oder Einrichtungen ☐ Persönliches Budget

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020

10. Bankverbindung

Name und Sitz des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)	

Erklärung des Antragstellers und seines/ihres Ehegatten / Lebenspartners / Partner eheähnliche Gemeinschaft

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Eingliederungshilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Eingliederungshilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Eingliederungshilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf sie diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

☐ Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters
	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

Unterschrift Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde

(nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht)

Vorstehende Angaben entsprechen ☐ der Wahrheit ☐ nicht der Wahrheit

Die Notlage wird ☐ anerkannt ☐ nicht anerkannt

Wenn die Notlage verneint wird, für nähere Bemerkungen bitte Beiblatt verwenden.

Ort, Datum	Mit _____ Anlagen an die Stadt / das Landratsamt / den Landkreis
I. A.	

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
SGB-086-DE-FL - Antrag nach § 108 SGB IX - 9/2020