



KANN AUCH ÜBER IHR BÜRGERMEISTERAMT EINGEREICHT WERDEN

## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

für

Frau/Herrn

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

**Ggf. vertreten durch:**

- gesetzliche Betreuung, Vormundschaft, bevollmächtigte Person  
 Sorgeberechtigte/n

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, E-Mail-Adresse

**Welche Hilfe benötigen Sie und warum?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden können.

**Hatten Sie schon Kontakt mit einem Leistungserbringer?**

- ja  
 nein

Falls ja, mit wem?

\_\_\_\_\_

**Haben Sie in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfeleistungen bezogen oder erhalten Sie diese noch immer?**

ja      Zeitraum: \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_

Art der Leistung: \_\_\_\_\_

- nein

**BITTE BEACHTEN SIE:**

**UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRÄGE WERDEN ZURÜCKGESCHICKT UND  
VERZÖGERN DIE BEARBEITUNG**

**A Daten der antragstellenden Person**

**1. Personendaten**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer, E-Mail-Adresse	
Geburtsort	
Geburtsname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Staatsangehörigkeit	
Für ausländische Staatsangehörige: Art des Aufenthaltstitels Aufenthaltstitel gültig bis	
Arbeitserlaubnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
Art des Schulabschlusses	
Erlerner Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)	

**2. Daten der Eltern**

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
falls bereits verstorben, Sterbedatum		

**3. Daten des/r nicht getrenntlebenden Ehegatten/in, Lebenspartners/in oder Partners/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft**

(Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
falls bereits verstorben, Sterbedatum	

**4. Daten der unterhaltsberechtigten Kinder (sofern im gleichen Haushalt lebend)**

(Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Für weitere Kinder verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt.

	<b>Kind 1</b>	<b>Kind 2</b>
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		

## 5. Behinderung

Art der Behinderung/en	
Schwerbehindertenausweis (Kopie Vorder- und Rückseite beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja - Grad der Behinderung in %..... Merkzeichen: ..... <input type="checkbox"/> Nein
Ist die Behinderung aufgrund eines Verkehrsunfall, einer Straftat, eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder eines Haftungsfalls eingetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Schadenersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ggf. gegen wen?	

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG) <input type="checkbox"/> Lastenausgleichsgesetz (LAG)

Erhalten Angehörige von Ihnen, die im gleichen Haushalt leben, Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG) <input type="checkbox"/> Lastenausgleichsgesetz (LAG)
Falls ja, als	<input type="checkbox"/> Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r

## 6. Bankverbindung

Name der Bank	
IBAN, BIC	
Kontoinhaber	
Anschrift der Bank	

## 7. Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Anschrift der Geschäftsstelle	
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über ..... <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung

Pflegegrad (Bitte Kopie des Bescheids beifügen)	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> beantragt bereits festgestellt <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ggf. seit wann	
Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

## 8. Beihilfe

Sind oder waren Sie oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienstherr	
beihilfeberechtigte Person	
Beihilfestelle	
Beihilfenummer	

**9. Rentenversicherung**

Rentenversicherungsträger	Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> andere: _____
Rentenversicherungsnummer	
Versicherungsverlauf	falls vorhanden bitte beifügen

**10. Agentur für Arbeit**

Arbeitsagentur (Ort)	
Kundennummer	
Fand bereits ein Beratungsgespräch statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**11. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

Beziehen Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Behörde	von	bis

**12. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse**

Tatsächliche Aufenthalte in den letzten sechs Monaten:  
 (diese müssen nicht unbedingt mit der polizeiliche Meldeadresse übereinstimmen)

Ort	von	bis

**B** **Einkommen der antragsstellenden Person und der Eltern bzw. des Elternteils bei minderjährigen antragstellenden Personen (sofern im gleichen Haushalt lebend)**

(und des nicht getrenntlebenden Ehegatten oder Lebenspartners, des Partners in einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft – Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen.)

(auch erwartetes Einkommen)

Einkommensart	Antragsteller (Betrag)	Eltern (Betrag)	Partner (Betrag)
Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) SGB XII			
Arbeitslosengeld II (SGB II)			
Wohngeld			

Sofern Sie Grundsicherung/HLU, Arbeitslosengeld II oder Wohngeld beziehen oder sofern Sie Ihren Einkommensteuerbescheid und Ihre -steuererklärung des Vorvorjahres vorlegen und Ihre aktuellen Einkünfte nicht erheblich von denen des Vorvorjahres abweichen, bitte weiter bei Buchstabe **C**

Ansonsten hier weiter: **Einkommen des Vorvorjahres (2018)**

Einkommensart	Antragsteller (Betrag)	Eltern (Betrag)	Partner (Betrag)
---------------	------------------------	-----------------	------------------

**1. Leistungen des Arbeitsamtes**

Arbeitslosengeld I			
Unterhaltsgeld			
Berufsausbildungsbeihilfe			
Sonstiges (z .B. Insolvenzgeld)			

**2. Kindergeld**

Kindergeld			
------------	--	--	--

<b>3. Renten und Pensionen</b>			
Witwen-/Witwerrente			
Altersrente			
Waisenrente/ Halbwaisenrente (-geld)			
Rente wegen voller/teilweiser Erwerbsminderung			
Firmen-, Betriebs-, Auslandsrente			
Privatrente (z. B. aus Lebensversicherung)			
Sonstiges			

<b>4. Unterhaltsleistungen</b> (von Eltern, getrennt lebenden/geschiedenen Ehepartnern)			
Unterhalt			
Unterhaltsvorschuss (UVG) vom Jugendamt			
Sonstiges			

<b>5. Leistungen der Krankenkasse</b>			
Krankengeld/ Mutterschaftsgeld			
Sonstiges			

<b>6. Erwerbseinkünfte</b>			
nichtselbständige Arbeit			
Gewerbebetrieb			
Sonstiges			



<b>7. Vermietung und Verpachtung</b>			
Vermietung/Verpachtung			
Nießbrauch			
Abgeltung von Wohnrecht			
Sonstiges			

<b>8. sonstige Einkünfte</b>			
Übergangsgeld (Rentenversicherungs- träger/Arbeitsagentur)			
BAföG			
Unterhaltssicherung (Grundwehr-/Zivildienst)			
Leibrenten			
Geldwerte Sachleistungen (z. B. kostenlose Verpflegung, Wohnrecht)			
sonstige Einkünfte/Zinsen			

**C** **Vermögen der antragstellenden Person und der Eltern bzw. des Elternteils bei minderjährigen antragstellenden Personen (sofern im gleichen Haushalt lebend)**

Sofern Sie Grundsicherung/HLU, Arbeitslosengeld II oder Wohngeld beziehen, bitte weiter auf Seite 12.

<b>1. Bargeld, Guthaben auf Konten</b> (z. B. Bargeld, Guthaben Giro- oder Sparkonto (-buch), Festgeld)		
Art	Konto-/Vertragsnummer	Betrag

<b>2. Wertpapiere</b> (z. B. Bundesschatzbriefe, Sparkassenbriefe, Aktien, Fonds) <b>Sparverträge</b> (z. B. Bausparvertrag, vermögenswirksame Leistungen, Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Rentenversicherungen, auch riestergefördert, auch mit Verwertungsausschluss)		
Art	Konto-/Vertragsnummer	Betrag

<b>3. Bestehen offene Erbsprüche?</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--

Falls ja

Art des erwarteten Nachlasses	Wert

<b>4. Sonstiges Vermögen</b> (z. B. wertvolle Möbel, Teppiche, Kunstgegenstände, Schmuck, Erbsprüche, Leibgeding)	
Art	Betrag

**5. Immobilien** (z. B. Ein-/Mehrfamilienhaus, Eigentumswohnung, Grundstück, Nießbrauch)

Art	Lage	Verkehrswert

**6. Kraftfahrzeug**

(z. B. Auto, Motorrad)

Art	Hersteller/Modell	Km-Stand	Zeitwert

**7. Wurde innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen nach Nr. 1 - 6 des Antragstellers durch **Schenkung** oder **Übergabevertrag** auf andere Personen übertragen?**

Ja  Nein

Falls ja

Art des übertragenen Vermögens	Begünstigter	Wert

## Hinweis zum Datenschutz

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67 a Abs. 1 SGB X i. V. m. § 60 SGB I. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 23 SGB IX. Diese Daten sind notwendig, um die Voraussetzungen, Ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe gewähren zu können, zu prüfen. Die personenbezogenen Daten werden dafür digital erfasst und gespeichert. An andere Stellen oder ggf. an den Leistungsträger werden Ihre personenbezogenen Daten nur weitergegeben, wenn dies erforderlich und gesetzlich zugelassen ist.

## Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – EUTB nach § 32 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern **unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot**. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die **Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen** nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zurückzahlen muss. Alle Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

---

Datum      Unterschrift des Antragstellers und/oder des Betreuers/Bevollmächtigten

**Bitte denken Sie daran, den Antrag vollständig auszufüllen und Ihre Angaben durch notwendige Nachweise zu belegen. Fehlende Angaben und Unterlagen müssen nachgefordert werden und verzögern die Bearbeitung.**

### zurück an das

Landratsamt Waldshut  
Amt für Soziale Hilfen, Behinderten- und Altenhilfe  
Abt. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung  
Kaiserstr. 110  
79761 Waldshut-Tiengen