

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem
 Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)
 - Erwachsene -**

1. Angaben zu Ihrer Person

Bitte eine Kopie des gültigen Personalausweises, der Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis oder des Visums beifügen.

Name, Vorname		Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Eheähnliche Gemeinschaft		
Telefon	E-Mail	Steueridentifikationsnr.
Anschrift		
Einzugsdatum	Vorheriger Wohnort	Geburtsort

2. Rechtliche Vertretung

Bitte den Betreuungsausweis oder die Vollmacht beifügen.

Werden Sie durch eine gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person vertreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____		
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon	Telefax	E-Mail

3. Schwerbehinderung

Bitte den Feststellungsbescheid und den Ausweis über die Schwerbehinderung beifügen.

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Abgelehnt am: _____		
Grad der Behinderung	Merkzeichen	Befristung

4. Kranken- und Pflegeversicherung

Nicht versichert

Krankenkasse	Pflegekasse	Versicherungsnummer
Beihilfeberechtigung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Beihilfestelle

5. Pflegegrad

Bitte den Bescheid der Pflegekasse und das aktuelle ausführliche Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beifügen.

<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Abgelehnt am: _____	
---	--

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem
Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

- Erwachsene -

1. Angaben zu Ihrer Person

Bitte eine Kopie des gültigen Personalausweises, der Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis oder des Visums beifügen.

Name, Vorname		Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Eheähnliche Gemeinschaft		
Telefon	E-Mail	Steueridentifikationsnr.
Anschrift		
Einzugsdatum	Vorheriger Wohnort	Geburtsort

2. Rechtliche Vertretung

Bitte den *Betreuungsausweis* oder die *Vollmacht* beifügen.

Werden Sie durch eine gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person vertreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____		
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon	Telefax	E-Mail

3. Schwerbehinderung

Bitte den *Feststellungsbescheid* und den *Ausweis über die Schwerbehinderung* beifügen.

<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Beantragt am: _____		<input type="checkbox"/> Abgelehnt am: _____
Grad der Behinderung	Merkzeichen	Befristung

4. Kranken- und Pflegeversicherung

Nicht versichert

Krankenkasse	Pflegekasse	Versicherungsnummer
Beihilfeberechtigung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Beihilfestelle

5. Pflegegrad

Bitte den *Bescheid der Pflegekasse* und das aktuelle ausführliche Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beifügen.

<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____		<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Beantragt am: _____		<input type="checkbox"/> Abgelehnt am: _____

Art der Inanspruchnahme <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen	Letztmalige Überprüfung durch den MDK
Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Abgelehnt am: _____	

6. Rentenversicherung

Wurden Beiträge zur Rentenversicherung geleistet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

7. Angaben zur Behinderung

Bitte fügen Sie einen aktuellen Facharztbericht bei.

Diagnose	Behandelnder Facharzt
Ursache der Behinderung <input type="checkbox"/> durch/seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Privatrechtliche oder gesetzliche Ansprüche aufgrund der Behinderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____ <input type="checkbox"/> Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz <input type="checkbox"/> Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge	

8. Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe

Bitte den letzten Bewilligungsbescheid beifügen.

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt oder erhalten? <input type="checkbox"/> Ja, bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Eingliederungshilfeträger	Leistungsart (z.B. Werkstatt, Wohnheim)

9. Bezug von existenzsichernden Leistungen

Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid beifügen.

<input type="checkbox"/> Leistungen des Jobcenters (Arbeitslosengeld II) <input type="checkbox"/> Leistungen des Sozialhilfeträgers (Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt) <input type="checkbox"/> Keine

Oldenburg, den _____

 Unterschrift der antragsstellenden Person (ggf. der rechtlichen Vertretung)

Anlagen zu diesem Antrag:

1. Sofern gefordert: Anlage zur Erklärung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse
2. Merkblätter zum Antrag auf Eingliederungshilfe und zum Datenschutz

