Der Oberbürgermeister
STADT OLDENBURG i.O.

Zurück an:

Stadt Oldenburg
Amt für Teilhabe und Soziales
26105 Oldenburg

Antrag eingegangen am: Eingangsstempel

Antrag ausgehändigt Namenskürzel

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

- Erwachsene -

1. Beantragte Leistung

Ambulante Eingliederungshilfe:

☐ Assistenzleistung
☐ Sonstige ambulante Förderung: _____
☐ Hilfsmittel: _____
☐ Sonstiges: _____

Eingliederungshilfe über Tag/ Teilhabe am Arbeitsleben

☐ Werkstatt für Menschen mit Behinderung
☐ Tagesförderstätte
☐ Budget für Arbeit
☐ Sonstiges_____
☐ Tagesstätte
☐ Budget für Ausbildung

Eingliederungshilfe in besonderer Wohnform

☐ besondere Wohnform
☐ Sonstiges: _____

Ich wünsche die Leistungserbringung als persönliches Budget ☐ ja ☐ nein

Hinweis: Durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben.

2. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Steueridentifikationsnr.:** _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ trans/inter

Geburtsort und Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: _____ **Telefax:** _____ **E-Mail:** _____

Hinweis: Nachweis zum Aufenthaltstitel ist beizufügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt.

Familienstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Geschieden
☐ Getrennt lebend ☐ Verwitwet ☐ Eheähnliche Gemeinschaft

Anschrift: _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Einzugsdatum: _____ **Vorheriger Wohnort:** _____

3. Rechtliche Vertretung*

Werden Sie durch eine gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person vertreten?

☐ Ja * ☐ Nein ☐ Beantragt am: _____

Hinweis: Bei „Ja“, Betreuerausweis oder Vollmacht beifügen

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Telefax:** _____ **E-Mail:** _____

4. Schwerbehinderung

Liegt eine Schwerbehinderung vor?

☐ Ja* ☐ Nein

☐ Beantragt am _____ ☐ Abgelehnt am _____

Hinweis: Bei „Ja“, Schwerbehindertenausweis beifügen

5. Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie kranken- und pflegeversichert?

☐ Ja ☐ Nein

Kranken- und Pflegekasse: _____ **Versicherungsnummer**: _____

Anschrift: _____

Beihilfeberechtigung: ☐ Ja ☐ Nein **Beihilfestelle**: _____

6. Pflegegrad

Liegt ein Pflegegrad vor?

☐ Ja, Pflegegrad: _____ ☐ Nein

☐ Beantragt am: _____ ☐ Abgelehnt am:

Hinweis: Falls ein Pflegegrad vorliegt, ist der Bescheid der Pflegekasse und das aktuelle ausführliche Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beizufügen

Inanspruchnahme: ☐ **Pflegegeld** ☐ **Sachleistungen** ☐ **Kombinationsleistungen**

Letztmalige Überprüfung durch den MDK: _____

Erhalten Sie Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Beantragt am: _____ ☐ Abgelehnt am: _____

7. Rentenversicherung

Wurden Beiträge zur Rentenversicherung geleistet?

☐ Ja, seit: _____ ☐ Nein

8. Angaben zur Behinderung*

Diagnose: _____

Behandelnder Facharzt: _____

Ursache der Behinderung

☐ durch/seit Geburt ☐ durch Unfall ☐ durch Impfschaden

☐ durch Gewalteinwirkung ☐ unklar ☐ sonstiges: _____

Bestehen privatrechtliche oder gesetzliche Ansprüche aufgrund der Behinderung?

☐ Nein ☐ Ja, gegen: _____

☐ **Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz**

☐ **Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge**

**Hinweis: Fügen Sie einen aktuellen Facharztbericht bei*

9. Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen der Jugend- oder Eingliederungshilfe beantragt oder erhalten? ☐ Ja, bis _____ ☐ Nein

Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, geben Sie bitte folgendes an:

Jugend-/Eingliederungshilfeträger: _____

Vom Träger gewährte Leistung: _____

10. Beziehen Sie existenzsichernden o.ä. Leistungen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Leistungen des Jobcenters (Arbeitslosengeld II)

☐ Leistungen des Sozialhilfeträgers (Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt)

☐ Wohngeld

☐ Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

☐ Keine

Oldenburg, den _____ _____

Unterschrift

Anlagen zu diesem Antrag:

1. Merkblätter zum Antrag auf Eingliederungshilfe und zum Datenschutz