

Antrag auf Gewährung von Leistungen über Tag und Nacht nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige bis zur Vollendung der Schulausbildung



Beginn der gewünschten Hilfe:

Name der Wohneinrichtung:

Anschrift: _____

1. Persönliche Verhältnisse des/der Leistungsberechtigten (Kind/Schüler/in)	
1.1 Allgemeine Angaben	
Name (ggf. auch Geburtsname)	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
PLZ, Wohnort	
Straße, Nr.	
Staatsangehörigkeit (bei Nicht-EU-Bürgern Aufenthaltsstatus beifügen)	
Telefon	
1.2. Aufenthaltsverhältnisse des/der Leistungsberechtigten	
Derzeitiger Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate (nicht polizeiliche Meldung)	
Bei Einreise aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübertrittes	
<u>Bei Einrichtungswechsel:</u> Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung / die Aufnahme in einer Pflegefamilie?	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate vor Aufnahme in die erste Einrichtung?	
Wer war bisheriger Kostenträger?	
1.3. Kranken- und Pflegeversicherung	
Name der Kranken- / Pflegekasse	
Anschrift (Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort)	
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über:
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung Beitrag monatlich: EUR
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung Beitrag monatlich: EUR

KV-Nummer						
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse:					
	vom		bis			
Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Leistungen gestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am <input type="checkbox"/> abgelehnt am				
Festgestellter Pflegegrad		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.4. Angaben zur Behinderung (bitte Nachweise, z.B. Befundberichte von Fachärzten, Kliniken etc.)						
Dauernde Behinderung / Krankheit besteht (Diagnose/n)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Schwerbehindertenausweis		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt				
1.5 Anderweitige Ansprüche						
Die Behinderung ist Folge eines		- Unfalles - Impfschadens - schuldhaften Verhaltens Dritter - eines Geburts- bzw. Medizinschadens		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Wurden bereits Ansprüche geltend gemacht?				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)		

2. leibliche Eltern		
	Vater	Mutter
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Ggf. Sterbedatum		
Familienstand		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Sorgeberechtigung (ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigenes Einkommen wenn ja – weitere Angaben bei Ziffer 5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. ggf. Pflegeeltern		
	Pflegevater	Pflegemutter
Name		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Sorgeberechtigung/Bevollmächtigung (ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zuständiges Jugendamt	Telefon Ansprechpartner	

4. Betreuung/Bevollmächtigung/Vormundschaft	
Betreuung/Bevollmächtigung/Vormundschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten	
Nachweise	Bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Beschluss beifügen. Für die bevollmächtigte(n) Person(en) (z.B. Leistungsanbieter, Angehörige) bitten wir entsprechende Vollmachten beizufügen.

5. nur bei <u>Minderjährigen</u> notwendig: Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushalts des/der Leistungsberechtigten (z.B. Geschwister) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hinweis	Angaben zu weiteren Personen bitten wir auf einem Beiblatt zu vermerken.	
	1. Person	2. Person
Verwandtschaftsverhältnis		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand		
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja – Art und mtl. Höhe (Nachweis)		
	3. Person	4. Person
Verwandtschaftsverhältnis		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand		
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja – Art und mtl. Höhe (Nachweis)		

6. Einkommensverhältnisse			
6.1 Monatlichen Einkünfte			
Art des monatlichen Einkommens	Kind/Schüler/in EUR	Vater EUR	Mutter EUR
1.) Arbeitnehmertätigkeit			
2.) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit			
3.) Land- und Forstwirtschaft			
4.) Kindergeld/Kinderzuschlag			
5.) Krankengeld			
6.) Mutterschaftsgeld			
7.) Elterngeld			
8.) Betreuungsgeld			

9.) Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit)			
10.) Arbeitslosengeld II (SGB II)			
11.) Übergangsgeld			
12.) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung (SGB XII)			
13.) Wohngeld/Lastenzuschuss			
14.) Renten (z.B. Erwerbsmin- derungsrente, Altersrente.			
15.) Pension / Hinterbliebenenversorgung			
16.) Miet- und Pachteinnahmen			
17.) Kapitalertrag / Zins			
18.) Leistungen der Pflegekasse			
19.) Unterhaltszahlungen			
20.) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG)			
21.) BaföG			
22.) Berufsausbildungsbeihilfe			
23.) Ausbildungsgeld (SGB III)			
24.) Ausbildungsvergütung			
25.) Landesblindengeld			
26.) sonstige Einkünfte			
Nachweise	Sämtliche Einkünfte sind mit Nachweisen (z.B. Gehaltsabrechnungen, Bescheide) zu belegen.		
6.2. Sonstige Angaben			
Beihilfeanspruch des Antragstellers, seines Ehegatten oder seiner Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie bereits früher Sozialleistungen beantragt bzw. wurden diese abgelehnt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt	
Nachweis	Ablehnungsbescheid(e) bitte in Kopie beifügen!		
Wenn ja, welche Leistungen?	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Kindergeld	<input type="checkbox"/> Krankengeld
Kostenträger			
6.3 Beiträge zu privaten Versicherungen			
	Kind/Schüler/in		Mutter
	Beitrag	EUR	Beitrag
			EUR
<input type="checkbox"/> Privat-Haftpflichtversicherung			
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung			
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung			
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung			
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung			
<input type="checkbox"/> Altersvorsorgeverträge (z.B. Riestervertrag)			
<input type="checkbox"/>			
Nachweise	Nachweis über die aktuelle Höhe der monatlichen Beitragszahlung für die zutreffende Versicherung bitte in Kopie beifügen!		
6.4 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens der Eltern			
Entfernungskilometer zur Arbeits-stelle (einfache Wegstrecke)		km	km

Benutztes Verkehrsmittel		
Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel	EUR	EUR
sonstige Aufwendungen	EUR	EUR
Beiträge zu Berufsverbänden		
6.5 Besondere Belastungen (z.B. Unterhaltszahlungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige)		

7. Kosten der Unterkunft des/der Leistungsberechtigten und der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

7.11 Mietwohnung Untermieter Wohnfläche _____ qm

Miete mtl. _____ EUR (ohne Heizung oder Zuschläge für Garagen, Stellplätze, Möblierung, Untervermietung, etc)

Nebenkosten mtl. _____ EUR (z.B. Wasser, Abwasser, Müll, Gemeinschaftsstrom)

Heizungskosten mtl. _____ EUR

7.12 freies Wohnrecht

7.13 Wohngeld wurde beantragt am _____ bei(m) _____

ist bewilligt in Höhe von mtl. _____ EUR bis einschließlich _____

Nachweise Mietvertrag, Mietanpassungsschreiben und letzte Nebenkostenabrechnung in Kopie beifügen!

7.2 Selbstbewohnte Immobilie

<input type="checkbox"/> Heizkosten	mtl. EUR	<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Heizöl	<input type="checkbox"/> Fernwärme
<input type="checkbox"/> Wasser-/Abwassergebühren	mtl. EUR	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Holz / Kohle	
<input type="checkbox"/> Müllgebühren	mtl. EUR			
<input type="checkbox"/> Kaminkehrer	mtl. EUR			
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	mtl. EUR			
<input type="checkbox"/> Straßenreinigung	mtl. EUR			
<input type="checkbox"/> Brandversicherung	mtl. EUR			
<input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung	mtl. EUR			
<input type="checkbox"/> Hausgeld	mtl. EUR	davon anteilige Rücklage	mtl. EUR	
<input type="checkbox"/> Tilgung	mtl. EUR	Zins	mtl. EUR	

Nachweise Bitte fügen Sie für sämtliche **anfallenden Kosten** die entsprechenden Nachweise bei (u.a. Gebühren- und Beitragsbescheide, Beitragsabrechnung d. Versicherung, Wirtschaftsplan, Wohngeldabrechnung); bei Untervermietung auch die entsprechenden Mietverträge.

Erklärung der / des gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Eingliederungshilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Eingliederungshilfeträger die über mein o.g. Kind bei Einrichtungen (Schule, heilpädagogische Tagesstätten, Heime etc.), Krankenhäusern bzw. Kliniken geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Sonderpädagogische Gutachten etc.) anfordern darf. Des Weiteren willige ich ein, dass von Ärzten, die mein o.g. Kind behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Daten, die dem Sozialhilfeträger bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche Aufgaben (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ihre ärztlichen Dienste sowie einem vom Sozialhilfeträger beauftragten Gutachter übermittelt werden dürfen.

PLZ, Ort	Datum	Unterschrift
		<hr/> <p>nachfragende Person (Kind/Schüler) bzw. beider Elternteile (bei Minderjährigen), gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigte/r</p>