

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau  
 Soziale Sicherung – Sachgebiet Wirtschaftliche Eingliederungshilfe  
 Wilhelm-Seipp-Straße 4  
 64521 Groß-Gerau



**Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe**  
 sonstige Leistungen

(Bitte nennen Sie die Leistung, die Sie beantragen)

Sie stellen einen Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe beim Kreis Groß-Gerau. Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können benötigen wir zum beiliegenden Antrag die aufgeführten Unterlagen von Ihnen.

- aktuelle fachärztliche Unterlagen
- Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden
- bei nichtdeutscher / nicht EU Staatsangehörigkeit, Kopie des Passes mit Aufenthaltstitel
- Steuerbescheid des Vorjahres, alternativ Rentenbescheid
- Vermögensnachweise
- ggf. Betreuerausweis / Vollmacht
- individuellen Förder- Teilhabeplan / Fortschreibung soweit vorhanden

**1. Für wen wird die Hilfe beantragt?**

|   |   |  |         |                                   |            |
|---|---|--|---------|-----------------------------------|------------|
| 1 | Name<br>Vorname   | Name   |         | Vorname                           |            |
|   |   |  |         |                                   |            |
| 2 | Geschlecht  | <input type="checkbox"/> männlich  |         | <input type="checkbox"/> weiblich |            |
|   |   |  |         | <input type="checkbox"/> divers   |            |
| 3 | Anschrift   | PLZ  | Wohnort | Straße                            | Hausnummer |
|   |   |  |         |                                   |            |
| 4 | Zuzug in den Kreis  | Zugezogen in den Kreis Groß-Gerau am                                     |         | von Ort / Land                    |            |
|   |   |  |         |                                   |            |
| 5 | Leistungen/<br>Anträge<br>am früheren<br>Wohnort                      | Haben Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt/erhalten? |         |                                   |            |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja, von _____                                   |         |                                   |            |
|   |   | <input type="checkbox"/> Nein  |         |                                   |            |
| 6 | Geburtsdatum<br>Geburtsort<br>Geburtsland<br>Staats-<br>angehörigkeit | Geburtsdatum   |         | Geburtsland                       |            |
|   |   |  |         |                                   |            |
|   |   | Geburtsort   |         | Staatsangehörigkeit               |            |
|   |   |  |         |                                   |            |
| 7 | Krankenkasse  | Krankenversicherung  |         | Krankenversicherungsnummer        |            |
| 8 | Besteht ein Betreuungsverhältnis? Liegt eine Bevollmächtigung vor?    |  |         |                                   |            |
|   | <input type="checkbox"/> Nein   |  |         |                                   |            |
|   | <input type="checkbox"/> Ja, Name und Anschrift: _____                |  |         |                                   |            |
|   | Telefon   | E-Mail-Adresse: _____  |         |                                   |            |



|            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| Antrag für |         |              |
|            |         |              |
| Name       | Vorname | Geburtsdatum |

### 3. Wer hat den Antrag auf Eingliederungshilfe angeregt?

### 4. Beeinträchtigung

Bitte geben Sie an, welche Beeinträchtigung aus Ihrer Sicht den Hilfebedarf begründet

körperliche Beeinträchtigung    geistige Beeinträchtigung    seelische / psychische Beeinträchtigung

ggf. Erläuterung:

### 5. Antragsbegründung (evtl. Rückseite nutzen)

Bitte beschreiben Sie die aktuelle Situation und welche Ziele mit der beantragten Hilfe erreicht werden sollen.

|            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| Antrag für |         |              |
|            |         |              |
| Name       | Vorname | Geburtsdatum |

|  |         |        |
|--|---------|--------|
| <b>6. Angaben zum Leistungsanbieter der Maßnahme</b><br>(Die Trägersauswahl erfolgt durch die antragstellende Person oder die Personensorgeberechtigten) |         |        |
| Die Eingliederungsleistungen sollen durch folgende Organisation bzw. Person durchgeführt werden:   |         |        |
| Anschrift (Ort, Straße, Hausnummer)  |         |        |
| Telefon  | Telefax | E-Mail |

Erklärung der Antrag stellenden Person oder gesetzliche Vertretung falls diese\*r Antragsteller\*in ist:  
 Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder gar teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Jugend-/Eingliederungshilfe zu entbinden, soweit dies für die Eingliederungshilfeleistung erforderlich ist.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familienverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit dem SGB I und SGB X habe ich zur Kenntnis genommen. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenvereinbarung gespeichert werden.

|   |
|---|
| <b>Ort, Datum</b>                           |
| <b>Unterschrift Antrag stellende Person</b> |

|            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| Antrag für |         |              |
|            |         |              |
| Name       | Vorname | Geburtsdatum |

## Kreis Groß-Gerau – Der Kreisausschuss

### Fachbereich Soziale Sicherung

#### Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe

#### Einwilligung

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass der Kreis Groß-Gerau, vertreten durch den Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau, Auskünfte bei den angegebenen behandelnden Ärzten, Kliniken, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft), Leistungserbringern und Schulen einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) zur Einsicht bezieht, sofern dies für die Bearbeitung meines/unseres des Antrages erforderlich ist.

Ich/Wir genehmige(n) die Verwertung dieser Unterlagen im Bearbeitungsverfahren und entbinde(n) die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht. Ich/wir gestatte(n) die Verwertung der Unterlagen im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz.

Die Verwertung erfasst auch die notwendige Weitergabe von Daten an den Leistungserbringer, falls dies für die Umsetzung der Leistung nötig ist (gilt für die vom Antragsteller ausgewählte Träger, diese erhalten persönlichen Angaben, um ggf. mit Ihnen Kontakt für die Leistungserbringung aufnehmen zu können).

|   |
|---|
| <b>Ort, Datum</b>                           |
| <b>Unterschrift Antrag stellende Person</b> |

#### Hinweis

Die verlangten Angaben sind erforderlich, damit der Kreis Groß-Gerau – Fachbereich Soziale Sicherung – Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach dem § 35 a SGB VIII bzw. dem § 102 SGB IX feststellen kann.

Antragstellende Personen sind gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben sind von der antragstellenden Person bzw. von den Personensorgeberechtigten mitzuteilen und eine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte abzugeben. Die Übernahme der Kosten kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Antragstellende ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

#### Beteiligung der Fachbereiche

Die vom Leistungserbringer (Soziale Sicherung / Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe) eingeschalteten Querschnittsämter (u.a. Gesundheit und Verbraucherschutz, Jugend und Familie) geben gegenüber den Sachgebieten wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe eine fundierte Stellungnahme ab, damit eine Entscheidung über die beantragten Hilfen nach dem § 35 a SGB VIII bzw. dem § 102 SGB IX getroffen werden kann.

Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz wird mit einer Stellungnahme beauftragt, wenn weitere medizinische Fragestellungen bestehen. Im Fachbereich Jugend und Familie wird der Fachdienst Kindertagesbetreuung um eine Stellungnahme gebeten, wenn es sich um eine Integrationsmaßnahme in Krippen, Kindertagesstätten und Hort handelt. Hier prüft der Fachdienst, ob die Voraussetzungen in personeller, räumlicher und fachlicher Sicht erfüllt sind. Andere Sachgebiete werden um fachliche Stellungnahme gebeten, wenn weitere pädagogische Fragestellungen bestehen.

### Erklärung über die Vermögensverhältnisse

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe  
der antragstellenden Person; bei minderjährigen Personen auch das Vermögen der im Haushalt lebenden Eltern

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen   | <input type="checkbox"/> Ich /Wir besitze(n) folgendes Vermögen:<br>(Bitte Belege beifügen!) |
| <b>a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!)</b> |  |
| Konto-Nr./Vertrags-Nr.:                      Betrag:                      Art des Vermögens, Name u. Anschrift des<br>Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben – E/M/V/LP)                   |  |
| _____   |  |
| _____   |  |
| _____   |  |
| (Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)  |  |
| <b>b) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):</b>  |  |
|   |  |
| <b>c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:</b>  |  |
| Anschrift: _____  |  |
| Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____                      Größe: _____  |  |
| Grundstücksgröße in qm. _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____  |  |
| <b>d) Sonstiger Grundbesitz</b>   |  |
| Art, Lage, Verkehrswert: _____  |  |
| Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____  |  |
| <b>e) Sonstiges Vermögen z. B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche</b>  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)</b>   |  |
| Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre  |  |
| <input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.   |  |
| <input type="checkbox"/> folgendes Vermögen <input type="checkbox"/> veräußert: <input type="checkbox"/> übertragen: <input type="checkbox"/> verschenkt: |  |
| Bezeichnung:                      Wert:                      Datum:                      an (Name, Anschrift)   |  |
| <b>(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)</b>  |  |