

Datum der Antragstellung/  
Bekanntgabe des Bedarfs \_\_\_\_\_

**Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau – Soziale Sicherung und Chancengleichheit  
Wilhelm-Seipp-Straße 4, 64521 Groß-Gerau**



**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch  
(SGB) Achtes Buch (VIII), Neuntes Buch (IX) und Zwölftes Buch (XII)**

**Leistungen außerhalb von Einrichtungen**

Art der Leistung:

**Die Hilfe wird beantragt für**  mich  meinen/unseren Sohn  meine/unsere Tochter  mein Mündel  
 meinen Pflegling

Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
Anschrift		Staatsangehörigkeit
Religion	Krankenversicherung	KV-Nr.

Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt?

Nein

Ja – ausgestellt am: \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_  
beantragt am : \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
**(Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden, bitte Kopie beifügen!)**

**Eltern des/der Hilfesuchenden**

V A T E R	Name Vorname:		Geburtsort	Geburtsdatum
	derzeitige Anschrift:		Telefon	E-Mail-Adresse
	Anschrift (Aufenthalt) in den letzten drei Monaten		Religion	Beruf
	Familienstand	Staatsangehörigkeit	Krankenversicherung	KV-Nr.
M U T E R	Name, Vorname		Geburtsort	Geburtsdatum
	derzeitige Anschrift:		Telefon	E-Mail-Adresse
	Anschrift (Aufenthalt) in den letzten drei Monaten		Religion	Beruf
	Familienstand	Staatsangehörigkeit	Krankenversicherung	KV-Nr.

**Angaben über das Kind/den Jugendliche(n)/den junge(n) Volljährige(n)**

Inhaber/in der elterlichen Sorge	Name, Vorname		
<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pfleger/in	Name, Vorname		
Bestellung durch Amtsgericht	Bezeichnung	Datum der Bestellung	
	Geschäftszeichen	Rechtsgrundlage	
Vaterschaft festgestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

**Folgende Umstände und Tatsachen erfordern nach meiner/unserer Auffassung die Hilfestellung**

Jugendhilfe/Sozialhilfe wurde	<input type="checkbox"/> noch nicht gewährt	<input type="checkbox"/> bereits gewährt durch	Amt
	Art		Dauer der Gewährung bis

**Geschwister des/der Hilfebedürftigen (auch Stiefgeschwister)**

Name	Vorname	Geburtsdatum	wohnhaft in/bei

**Aufenthalt des/der Hilfebedürftigen seit Geburt**

von	bis	bei	in

**Erklärung der nachfragenden Person oder des/der gesetzlichen Vertreters/in 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 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 Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe 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.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. seines/r Personensorgeberechtigte/n)