



**LANDKREIS**  
KONSTANZ

Antragsausgabe am:

Eingangsstempel

# Überprüfungsbogen / Antrag auf Weiterbewilligung für die Leistungen der Eingliederungshilfe

für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

**für**

Frau/Herrn

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

**Ggf. vertreten durch:**

- gesetzliche Betreuung, Vormundschaft, bevollmächtigte Person  
 Sorgeberechtigte/n

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, email

**Benötigen Sie andere Unterstützung als bisher und wenn ja, ab wann und warum?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden können.

## I. Pflegeversicherung

Pflegegrad (Bitte Kopie des Bescheids beifügen)	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt
Ggf. seit wann	
Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

## II. Behinderung

Schwerbehindertenausweis (Kopie Vorder- und Rückseite beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja - Grad der Behinderung in %..... Merkzeichen: ..... <input type="checkbox"/> Nein
--	---

## III. Einkommen der antragsstellenden Person und der Eltern bzw. des Elternteils bei minderjährigen antragstellenden Personen (sofern im gleichen Haushalt lebend)

(und des nicht getrenntlebenden Ehegatten oder Lebenspartners, des Partners in einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft – Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen.)

(auch erwartetes Einkommen)

Einkommensart	Antragsteller (Betrag)	Eltern (Betrag)	Partner (Betrag)
Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) SGB XII			
Bürgergeld (SGB II)			
Wohngeld			

Beziehen Sie Grundsicherung/HLU, Bürgergeld?	<input type="checkbox"/> Ja => bitte weiter bei Punkt V (Steueridentifikationsnummer) <input type="checkbox"/> Nein => bitte weiter bei „Einkommen des Vorvorjahres“
--	---

<p>Können Sie Ihren Einkommensteuerbescheid und Ihre -steuererklärung des Vorvorjahres vorlegen</p> <p><b>und</b></p> <p>weichen Ihre aktuellen Einkünfte <b>nicht erheblich (15 %)</b> von denen des Vorvorjahres ab</p>	<p><input type="checkbox"/> beides Mal Ja =&gt; bitte weiter bei Punkt V (Steueridentifikationsnummer)</p> <p><input type="checkbox"/> mindestens einmal Nein =&gt; bitte weiter bei „Einkommen des Vorvorjahres“</p>
---	---

## **Einkommen des Vorvorjahres (2023)**

Einkommensart	Antragsteller (Betrag)	Eltern (Betrag)	Partner (Betrag)
---------------	------------------------	-----------------	------------------

<b>1. Leistungen des Arbeitsamtes</b>			
Arbeitslosengeld I			
Unterhaltsgeld			
Berufsausbildungsbeihilfe			
Sonstiges (z .B. Insolvenzgeld)			

<b>2. Kindergeld</b>			
Kindergeld			

<b>3. Renten und Pensionen</b>			
Witwen-/Witwerrente			
Altersrente			
Waisenrente/ Halbwaisenrente (-geld)			
Rente wegen voller/teilweiser Erwerbsminderung			
Firmen-, Betriebs-, Auslandsrente			
Privatrente (z. B. aus Lebensversicherung)			

Sonstiges			
-----------	--	--	--

<b>4. Unterhaltsleistungen</b> (von Eltern, getrennt lebenden/geschiedenen Ehepartnern)			
Unterhalt			
Unterhaltsvorschuss (UVG) vom Jugendamt			
Sonstiges			

<b>5. Leistungen der Krankenkasse</b>			
Krankengeld/ Mutterschaftsgeld			
Sonstiges			

<b>6. Erwerbseinkünfte</b>			
nichtselbständige Arbeit			
Gewerbebetrieb			
Sonstiges			

<b>7. Vermietung und Verpachtung</b>			
Vermietung/Verpachtung			
Nießbrauch			
Abgeltung von Wohnrecht			
Sonstiges			

<b>8. sonstige Einkünfte</b>			
Übergangsgeld (Rentenversicherungs- träger/Arbeitsagentur)			
BAföG			
Unterhaltssicherung (Grundwehr-/Zivildienst)			

Leibrenten			
Geldwerte Sachleistungen (z. B. kostenlose Verpflegung, Wohnrecht)			
sonstige Einkünfte/Zinsen			

**IV. Vermögen der antragstellenden Person und der Eltern bzw. des Elternteils bei minderjährigen antragstellenden Personen (sofern im gleichen Haushalt lebend)**

<b>1. Bargeld, Guthaben auf Konten</b> (z. B. Bargeld, Guthaben Giro- oder Sparkonto (-buch), Festgeld)		
Art	Konto-/Vertragsnummer	Betrag

<b>2. Wertpapiere</b> (z. B. Bundesschatzbriefe, Sparkassenbriefe, Aktien, Fonds) <b>Sparverträge</b> (z. B. Bausparvertrag, vermögenswirksame Leistungen, Lebensversicherungen, Rentenversicherungen, auch riestergefördert, auch mit Verwertungsausschluss)		
Art	Konto-/Vertragsnummer	Betrag

**3. Bestehen offene Erbsprüche?**

Ja  Nein

Falls Ja

Art des erwarteten Nachlasses	Wert

**4. Sonstiges Vermögen**

(z. B. wertvolle Möbel, Teppiche, Kunstgegenstände, Schmuck, Erbsprüche, Leibgeding)

Art	Betrag

**5. Immobilien** (z. B. Ein-/Mehrfamilienhaus, Eigentumswohnung, Grundstück, Nießbrauch)

Art	Lage	Verkehrswert

**6. Kraftfahrzeug**

(z. B. Auto, Motorrad)

Art	Hersteller/Modell	Km-Stand	Zeitwert

**7. Wurde innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen nach Nr. 1-6 des Antragstellers durch **Schenkung** oder **Übergabevertrag** auf andere Personen übertragen?** Ja  Nein

Falls Ja

Art des übertragenen Vermögens	Begünstigter	Wert

**V. Steueridentifikationsnummer**

--

## **VI. Gesundheitliche Situation**

Wurde seit der letzten Überprüfung / seit dem letzten Hilfeplangespräch Veränderungen der gesundheitlichen Situation in Bezug auf ärztliche Diagnosen festgestellt?

Ja  Nein

Falls ja: Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (ärztliche Befunde o.ä.) vor.

## **Mitwirkungspflichten**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einer/einem Mitarbeiter/in der Behörde des Trägers der Eingliederungshilfe anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug von unterhaltsberechtigten Kindern) anzeigen.

## **Hinweis zum Datenschutz**

Zur Bearbeitung Ihres Antrags erheben wir Ihre Daten nach § 67a Abs. 1 SGB X i. V. m. § 60 SGB I. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 67b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und § 23 SGB IX. Diese Daten sind notwendig, um die Voraussetzungen, Ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe gewähren zu können, zu prüfen. Die personenbezogenen Daten werden dafür digital erfasst und gespeichert. An andere Stellen oder ggf. an den Leistungsträger werden Ihre personenbezogenen Daten nur weitergegeben, wenn dies erforderlich und gesetzlich zugelassen ist.

Die Datenschutzbestimmungen des Landratsamtes Konstanz und die Datenschutzhinweise (Art. 13 Datenschutzgrundverordnung) finden Sie unter [www.LRAKN.de](http://www.LRAKN.de)

## **Versicherung der Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zurückzahlen muss. Alle Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

---

Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder des Betreuers/Bevollmächtigten

## **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – EUTB nach § 32 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)**

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern **unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot**. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die **Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen** nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

**Bitte denken Sie daran, den Antrag vollständig auszufüllen und Ihre Angaben durch notwendige Nachweise zu belegen. Fehlende Angaben und Unterlagen müssen nachgefordert werden und verzögern die Bearbeitung.**

**zurück an das**

Landratsamt Konstanz  
Sozialamt / Eingliederungshilfe  
AZ: 22\_\_  
Benediktinerplatz 1  
78467 Konstanz