



**LANDKREIS**  
KONSTANZ

Antragsausgabe am:

Eingangsstempel

## Antrag auf Gewährung von 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

**Welche Hilfe benötigen Sie und warum?**

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

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

**Hatten Sie schon Kontakt mit einem Leistungserbringer?**

- ja  
 nein

Wenn ja, mit wem?

\_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE:**

**UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRÄGE WERDEN ZURÜCKGESCHICKT UND VERZÖGERN DIE BEARBEITUNG**

**A Daten der antragstellenden Person**

**1. Personendaten**

Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsname	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Für ausländische Staatsangehörige: Art des Aufenthaltstitels Aufenthaltstitel gültig bis	
Arbeitserlaubnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand	
<b>Steueridentifikationsnummer</b>	
Art des Schulabschlusses	
Erlerner Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit	

**2. Daten der Eltern**

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Name		
Vorname		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
falls bereits verstorben, Sterbedatum		

**3. Daten des/r nicht getrenntlebenden Ehegatten/in, Lebenspartners/in oder Partners/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft**

(Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
falls bereits verstorben, Sterbedatum	

**4. Daten der unterhaltsberechtigten Kinder (sofern im gleichen Haushalt lebend)**

(Angaben freiwillig, kann ggf. zu einer Erhöhung des Einkommensfreibetrags führen und sich somit positiv für Sie auswirken.)

Für weitere Kinder verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt.

	<b>Kind 1</b>	<b>Kind 2</b>
Name		
Vorname		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		

## 5. Behinderung

Art der Behinderung/en	
Schwerbehindertenausweis (Kopie Vorder- und Rückseite beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja - Grad der Behinderung in %..... Merkzeichen: ..... <input type="checkbox"/> Nein
Ist die Behinderung aufgrund eines Verkehrsunfalls, einer Straftat, eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder eines Haftungsfalls eingetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Schadenersatzansprüche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ggf. gegen wen	

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG) <input type="checkbox"/> Lastenausgleichsgesetz (LAG)

Erhalten Angehörige von Ihnen, die im gleichen Haushalt leben, Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nach welchem Gesetz?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG) <input type="checkbox"/> Lastenausgleichsgesetz (LAG)
Falls ja, als	<input type="checkbox"/> Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r

## 6. Bankverbindung

Name der Bank	
IBAN, BIC	
Kontoinhaber	
Anschrift der Bank	

## 7. Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Anschrift der Geschäftsstelle	
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über ..... <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung

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)

## 8. Beihilfe

Sind oder waren Sie oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienstherr	
beihilfeberechtigte Person	
Beihilfestelle	
Beihilfenummer	

**9. Rentenversicherung**

Rentenversicherungsträger	Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> andere:
Rentenversicherungsnummer	
Versicherungsverlauf	falls vorhanden bitte beifügen

**10. Agentur für Arbeit**

Arbeitsagentur (Ort)	
Kundennummer	
Fand bereits ein Beratungsgespräch statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**11. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

Beziehen Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Behörde	von	bis

**12. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse**

Tatsächliche Aufenthalte (muss nicht unbedingt mit der polizeiliche Meldeadresse übereinstimmen) in den letzten sechs Monaten

Ort	von	bis

## 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>.

**Dem Antrag habe ich u. a. folgende Unterlagen in Kopie beigelegt:**

- bei Bestehen einer gesetzlichen Betreuung: Betreuerausweis und Betreuungsgutachten
- bei minderjährigen antragstellenden Personen: Nachweis über das Sorgerecht, sofern nicht von beiden Elternteilen gemeinsam ausgeübt
  
- gültiges Ausweisdokument (Bild und Ausweisnummer können geschwärzt werden)
- bei ausländischen Staatsangehörigen: Aufenthaltstitel
  
- Nachweis über die Leistungen der Pflegekasse
  
- Schwerbehindertenausweis
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über die Feststellung eines Pflegegrads (Pflegegutachten), sofern vorhanden
- ärztliche Unterlagen, aus denen sich Art und Schwere der Behinderung ergeben  
Sie sind sich unsicher, welche ärztlichen Unterlagen benötigt werden? Wir nennen Ihnen hier ein paar  
Stellungnahmen und Gutachten, die für unsere Zwecke aussagekräftig sind:  
Grundsätzlich:  
Bescheid über die Entscheidung einer Schwerbehinderung  
aktuelle medizinische Berichte/ Stellungnahmen mit Diagnose  
  
Bei nicht eingeschulten Kindern zusätzlich:  
Berichte Kinderarzt /SPZ / Frühförderstelle / Klinik/ Psychiatrie  
Bericht aus dem U-Heft, aus dem Auffälligkeiten ersichtlich sind  
Überweisung vom Arzt mit „Verdacht auf“  
Einschulungs-Untersuchungs-Unterlagen  
  
Bei Schulkindern zusätzlich:  
Sonderpädagogisches Gutachten /Feststellungsbeschluss  
Berichte Kinderarzt /SPZ / Frühförderstelle / Klinik / Psychiatrie  
Einschulungs-Untersuchungs-Unterlagen  
Hilfeplanung Jugendamt  
  
Bei Erwachsenen zusätzlich:  
Klinik / Psychiatrie / Werkstattbericht  
MDK-Bericht
  
- BEI BW Vorbereitungsbogen
- Einverständniserklärung Datenschutz

**!Bitte beachten Sie, dass ohne medizinische Unterlagen Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann!**

**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