

Kreisverwaltung Mettmann
 Amt für Menschen mit Behinderung
 Postfach
 40806 Mettmann

Eingliederungshilfegrundertrag zur Beantragung von Leistungen gem. §§ 90, 99, 102 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

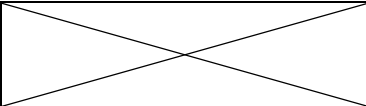
Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes:

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden auf Grund der §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erhoben.

1. Angaben zu den in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen:

	Leistungsberechtigter Hilfempänger	Sorgeberechtigter / Ehepartner	Sorgeberechtigter / Ehepartner
Name			
Vorname			
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Geburtsname <small>(Auch Namen aus früheren Ehen)</small>			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Pflegefamilie:		
Anschrift: Strasse, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort			
wohnhaft seit			
Vorheriger Wohnort			
Telefonnummer			
E-Mail			

Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____
----------------------	--	--	--

Sorgerecht		<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht
-------------------	---	---	---

Erwerbsstatus	X		<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	Es wird folgende Leistung (vorrangig) in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____
<u>Angabe zwingend erforderlich.</u>	<u>Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/ Aufenthaltstitels beifügen</u>	<u>Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/ Aufenthaltstitels beifügen</u>	<u>Sofern nicht EU-Staat Kopie Pass/ Aufenthaltstitels beifügen</u>

2. Vertretung des Leistungsberechtigten:

Gesetzliche Vertretung erfolgt durch:	<input type="checkbox"/> Elternteil/e	Vor- und Nachname:
	<input type="checkbox"/> Amtsvormund (Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)	Anschrift:
	<input type="checkbox"/> bestellter Betreuer (Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)	Telefon:
		E-Mail:

3. Angaben zu weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft:

Name			
Vorname			
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Verwandtschaftsgrad			
Staatsangehörigkeit Angabe erforderlich/ Aufenthaltsstatus			

4. Allgemeine Angaben zum Hilfesuchenden:

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- /familienversichert. Name der Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversicherungsnummer: _____
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. Name der Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____ Krankenversicherungsnummer: _____
	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt. Beihilfestelle und Aktenzeichen: _____ Beihilfeberechtigter: _____ <div style="text-align: center;">(Name, Vorname, Geburtsdatum)</div>
	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Pflegegrad <small>(sofern vorliegend MDK Gutachten beifügen)</small>	Ein Pflegegrad wird/wurde beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Es besteht kein Anspruch auf einen Pflegegrad.
	<input type="checkbox"/> Es liegt noch kein Bescheid vor.
	Ein Pflegegrad liegt vor: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Medizinische/ pflegerische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> nein, nicht notwendig.
	<input type="checkbox"/> ja, notwendig (z.B. Stoma, Katheter): _____
	Sofern vorliegend MDK Gutachten beifügen.

Schwerbehinder- tenausweis <small>(sofern vorliegend Kopie beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> ja, GdB: _____ <input type="checkbox"/> nein
	zuständige Behörde: _____ <div style="text-align: center;"><small>(Name, Adresse)</small></div>

Asylbewerber	Der/die Leistungsberechtigte erhält Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Die Sorgeberechtigten erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bitte fügen Sie einen aktuellen Leistungsbescheid bei.
	Zuständige Ausländerbehörde: _____
	Ansprechpartner: _____ Tel.: _____ Adresse: _____

Ansprüche gegenüber Dritten	<p>▶ Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel- oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Hieraus bestehen Ansprüche aus einer Versicherung (z.B. Unfall- oder Haftpflichtversicherung): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Name der Versicherung: _____</p> <p>Versicherungsnummer: _____</p> <p>Versicherungsnehmer: _____</p> <p>▶ Es werden ähnliche Leistungen (z.B. Frühförderung) bereits über einen anderen Leistungsträger (z.B. Krankenversicherung, Pflegeversicherung) bezogen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja folgende: <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p>
------------------------------------	--

Art der (drohenden) Behinderung	<p>Wurde/n schon eine/mehrere Behinderung/en festgestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche:</p> <p><input type="checkbox"/> Lernbehinderung <input type="checkbox"/> andere seelische Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> geistige Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> Körperbehinderung <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung</p> <p><input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS), Teilleistungsstörung (z.B. Lese-Rechtschreib-Schwäche)</p> <p><input type="checkbox"/> sprachliche Probleme</p> <p><input type="checkbox"/> anderes (z.B. Epilepsie, Diabetes, Bluterkrankungen): _____</p> <p>▶ Liegt eine konkrete Diagnose / liegen mehrere Diagnosen vor?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Vorliegende medizinische Gutachten, Stellungnahme und Arztberichte sind beizufügen!</p>
--	---

5. Folgende Leistung / Hilfe wird beantragt:

Begleitungen:

- Schulbegleitung
 Begleitung in der OGATA / OGS (während der verpflichtenden Schulzeit)
 (Wege-) Begleitung Schule / offener Anfang (Kann auch eine Begleitung im Bus oder Taxi beinhalten)

Name der Schule: _____ voraussichtlicher Schulabschluss: _____

Ansprechpartner: _____

E-Mail Adresse: _____ Telefonnummer: _____

- Freizeitbegleitung (z.B. Begleitung bei sportlichen Aktivitäten, sozialen Kontakten)
 Ferien-Freizeitbegleitung (Begleitung in Ferienzeiten z.B.in der OGS)

Fördermaßnahmen:

- Autismustherapie
 heilpädagogische Förderung
 geplante Einschulung: _____

Name Praxis/Therapiezentrum: _____

Ort für die Durchführung der Therapie/Förderung: _____

sonstige Hilfeleistungen:

- Baumaßnahme
 Hilfsmittel
 Sonstiges

Beschreibung: _____

Die beantragte Leistung wurde bereits bei einer anderen Stelle (z.B. Krankenkasse, Landschaftsverband Rheinland etc.) beantragt.

- ja
 nein
 Wenn ja, wo: _____
 Aktenzeichen (falls vorhanden): _____

6. Bisherige Leistungen:

<p><u>Angabe zwingend erforderlich.</u></p>	<p>Wurden in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Leistungsträger (z.B. anderer Eingliederungshilfeträger, Sozialamt, Jugendamt, Landschaftsverband Rheinland) bezogen?</p> <p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p>Wenn ja, welche: _____</p> <p>Wer hat die Leistung/en bewilligt/bezahlt:</p> <p>Für den Zeitraum: _____ bis _____</p> <p>Handelt es sich um einen Folgeantrag?</p> <p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p>Wenn ja, für welche Leistung: _____</p> <p>Bitte die zuständige Stelle mit Aktenzeichen angeben.</p>
--	--

7. Bei der Ausfüllung des Antrags haben folgende Personen mitgewirkt:

1.Name, Vorname:		2.Name, Vorname:	
Adresse:		Adresse:	
Telefon:		Telefon:	
E-Mail Adresse:		E-Mail Adresse:	
Tätigkeit (z.B. Dolmetscher):		Tätigkeit (z.B. Dolmetscher):	

8. Kontaktaufnahme:

Dolmetscher	Für die Kontaktaufnahme ist ein Dolmetscher erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sprache/n: _____
--------------------	---







Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs.1 Nr.1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens,- Vermögens,- Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit (z.B. Krankenhausaufenthalte)), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs.1 Nr.2 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Datum und Unterschrift Leistungsberechtigter / alle Sorgeberechtigten und Mitwirkenden!

	Datum	Leistungsberechtigter, sorgeberechtigte / Ehepartner oder gesetzlichen Vertreter	
	Datum	Sorgeberechtigte/Ehepartner	
	Datum	aufgenommen durch	

Anlage zum Antrag von Leistungen der Eingliederungshilfe gem. §§ 90, 99, 102 ff. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Gesetzesauszüge

§ 60 SGB I: Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 SGB I: Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 263 Strafgesetzbuch (StGB): Betrug

(1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Urkundenfälschung oder Betrug verbunden hat,
2. einen Vermögensverlust großen Ausmaßes herbeiführt oder in der Absicht handelt, durch die fortgesetzte Begehung von Betrug eine große Zahl von Menschen in die Gefahr des Verlustes von Vermögenswerten zu bringen,
3. eine andere Person in wirtschaftliche Not bringt,
4. seine Befugnisse oder seine Stellung als Amtsträger missbraucht oder
5. einen Versicherungsfall vortäuscht, nachdem er oder ein anderer zu diesem Zweck eine Sache von bedeutendem Wert in Brand gesetzt oder durch eine Brandlegung ganz oder teilweise zerstört oder ein Schiff zum Sinken oder Stranden gebracht hat.

(4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.

(5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.

(6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).

(7) Die §§ 43a und 73d sind anzuwenden, wenn der Täter als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat. § 73d ist auch dann anzuwenden, wenn der Täter gewerbsmäßig handelt.