



Zurück an:

Stadt Oldenburg
Amt für Teilhabe und Soziales
26105 Oldenburg

Antrag eingegangen am:

Eingangsstempel

Antrag ausgehändigt

Namenskürzel

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB IX)

- Erwachsene -

1. Beantragte Leistung

Ambulante Eingliederungshilfe:

- Assistenzleistung
- Sonstige ambulante Förderung: _____
- Hilfsmittel: _____
- Sonstiges: _____

Eingliederungshilfe über Tag/ Teilhabe am Arbeitsleben

- Werkstatt für Menschen mit Behinderung
- Tagesförderstätte
- Budget für Arbeit
- Sonstiges: _____
- Tagesstätte
- Budget für Ausbildung

Eingliederungshilfe in besonderer Wohnform

- besondere Wohnform
- Sonstiges: _____

Ich wünsche die Leistungserbringung als persönliches Budget ja nein

Hinweis: Durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben.

2. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Steueridentifikationsnr.:** _____

Geschlecht: männlich weiblich trans/inter

Geburtsort und Staatsangehörigkeit: _____

Hinweis: Nachweis zum Aufenthaltstitel ist beizufügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt.

Familienstand: Ledig Verheiratet Geschieden
 Getrennt lebend Verwitwet Eheähnliche Gemeinschaft

Anschrift: _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Einzugsdatum: _____ **Vorheriger Wohnort:** _____

3. Rechtliche Vertretung*

Werden Sie durch eine gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person vertreten?

Ja * Nein Beantragt am: _____

Hinweis: Bei „Ja“, Betreuerausweis oder Vollmacht beifügen

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Telefax:** _____ **E-Mail:** _____

4. Schwerbehinderung

Liegt eine Schwerbehinderung vor?

Ja * Nein
 Beantragt am _____ Abgelehnt am _____

Hinweis: Bei „Ja“, Schwerbehindertenausweis beifügen

5. Kranken- und Pflegeversicherung

Sind Sie kranken- und pflegeversichert?

Ja Nein

Kranken- und Pflegekasse: _____ **Versicherungsnummer:** _____

Anschrift: _____

Beihilfeberechtigung: Ja Nein **Beihilfestelle:** _____

6. Pflegegrad

Liegt ein Pflegegrad vor?

Ja, Pflegegrad: _____

Nein

Beantragt am: _____

Abgelehnt am: _____

Hinweis: Falls ein Pflegegrad vorliegt, ist der Bescheid der Pflegekasse und das aktuelle ausführliche Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beizufügen

Inanspruchnahme: Pflegegeld Sachleistungen Kombinationsleistungen

Letztmalige Überprüfung durch den MDK: _____

Erhalten Sie Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)?

Ja

Nein

Beantragt am: _____

Abgelehnt am: _____

7. Rentenversicherung

Wurden Beiträge zur Rentenversicherung geleistet?

Ja, seit: _____

Nein

8. Angaben zur Behinderung*

Diagnose: _____

Behandelnder Facharzt: _____

Ursache der Behinderung

durch/seit Geburt

durch Unfall

durch Impfschaden

durch Gewalteinwirkung unklar

sonstiges: _____

Bestehen privatrechtliche oder gesetzliche Ansprüche aufgrund der Behinderung?

Nein

Ja, gegen: _____

Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz

Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge

**Hinweis: Fügen Sie einen aktuellen Facharztbericht bei*

9. Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen der Jugend- oder Eingliederungshilfe beantragt oder erhalten? Ja, bis _____ Nein

Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, geben Sie bitte folgendes an:

Jugend-/Eingliederungshilfeträger: _____

Vom Träger gewährte Leistung: _____

10. Beziehen Sie existenzsichernden o.ä. Leistungen? Ja Nein

Leistungen des Jobcenters (Arbeitslosengeld II)

Leistungen des Sozialhilfeträgers (Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt)

Wohngeld

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Keine

Oldenburg, den _____

Unterschrift

Anlagen zu diesem Antrag:

1. Merkblätter zum Antrag auf Eingliederungshilfe und zum Datenschutz