

Neuantrag

Folgeantrag



**auf Gewährung von Leistungen der
Eingliederungshilfe nach dem SGB IX**

Rhein-Sieg-Kreis
Der Landrat
Sozialamt, Sachgebiet 50.13
Postfach 1551
53705 Siegburg

Besucheranschrift:
Der Landrat
Sozialamt, Sachgebiet 50.13
Rathausallee 10
53757 Sankt Augustin

Informationen über den Datenschutz nach der europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie, sofern sie diesem Antragsvordruck nicht beigelegt sind, unter https://www.rhein-sieg-kreis.de/vv/oe/dezernat_2/Sozialamt/index.php bzw. indem Sie in unter www.rhein-sieg-kreis.de in der Suchfunktion den Begriff „Sozialamt Datenschutz“ eingeben. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen die Informationsschrift gerne auf dem Postweg oder per Email.



Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ich beantrage die Kostenübernahme für folgende Leistung(en) der Eingliederungshilfe

--

Begründung

--



Staatsangehörigkeit:
Bitte ggfs. Kopie des Aufenthaltstitels beifügen.

Ich bin anspruchsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: nein ja

Benötigen Sie für ein Hilfeplangespräch einen Dolmetscher? nein ja, Sprache:

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer: nein ja

Name

Telefon

Anschrift

Sofern Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Pflegeheim) leben: Name der Einrichtung

letzte Meldeanschrift vor Aufnahme in eine Einrichtung

Es liegt eine Schwerbehinderung vor: nein ja

GdB: _____

Merkzeichen: _____

Es besteht ein Pflegegrad: nein ja, Grad: _____

Angaben zur Krankenkasse:

Bezeichnung

Versicherungsnummer

Der Hilfebedarf ist auf einen Unfall oder ärztlichen Fehler zurückzuführen und/oder es besteht ein Schadensersatzanspruch / Anspruch auf Versicherungsleistungen: nein ja

Bitte fügen Sie aussagekräftige Unterlagen bei.

Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

Facharzt:

Name

Anschrift

Telefon

Facharzt:

Name

Anschrift

Telefon

Sonstige Hilfen

Bezeichnung
seit bei / durch

Sonstige Hilfen

Bezeichnung
seit bei / durch

Waren die sonstigen Hilfen untereinander abgestimmt worden?

nein ja, verantwortlich durch:

Hinweis zu Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen:

Zu zahlreichen Leistungen der Eingliederungshilfe – insbesondere zu Leistungen zur Sozialen Teilhabe (z.B. Freizeitassistenz, Mobilitätshilfe) – ist ein eigener Kostenbeitrag aufzubringen (§§ 92, 135 ff SGB IX). Dessen Höhe bestimmt sich nach Ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen; sofern sich seitdem keine erheblichen Abweichungen ergeben haben, ist hierzu das Einkommen des Vorjahres zu berücksichtigen.

Zum Nachweis Ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse werden Sie gebeten, Nachweise über Ihre Einkünfte (z.B. Einkommensteuererklärung des Vorjahres, Rentenbescheid, Bescheid über Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung, Nachweise über Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) und Ihr Vermögen (v.a. Kapital-/Barvermögen und nicht selbst bewohntes Immobilienvermögen) beizubringen.

Ihre tatsächlichen Einkünfte, d.h. der Gewinn bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit bzw. bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten, werden gesetzlich festgelegten Einkommensgrenzen gegenübergestellt. Diese Einkommensgrenzen bestimmen sich u.a. auch danach, ob Sie gemeinsam mit einem Ehe-/Lebenspartner oder/und unterhaltsberechtigten Kindern in einem gemeinsamen Haushalt leben. Im Fall des Zusammenlebens mit einem Ehe-/Lebenspartner sind für die Bestimmung der Einkommensgrenze auch dessen Einkommensverhältnisse zu betrachten.

Einwilligungserklärung zur Einholung von Auskünften, Übermittlung von Daten

Hiermit entbinde ich die im Folgenden gekennzeichneten Institutionen und das Sozialamt des Rhein-Sieg-Kreises wechselseitig von der Schweigepflicht hinsichtlich solcher persönlicher Daten, auf die der Rhein-Sieg-Kreis zur Entscheidung über diesen Antrag angewiesen ist. Auch ermächtige ich diese, die notwendigen Informationen jeweils zu übermitteln (bitte ankreuzen):

- | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leistungsanbieter | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Landschaftsverband Rheinland |
| <input type="checkbox"/> Pflege- & Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Facharzt | |
| <input type="checkbox"/> Straßenverkehrsamt | <input type="checkbox"/> Versorgungsamt | <input type="checkbox"/> |

Die Einwilligungserklärung wurde von mir freiwillig erteilt. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich diese jederzeit widerrufen kann.

- Ich nehme zur Kenntnis, dass der Rhein-Sieg-Kreis im Falle seiner Unzuständigkeit bzw. bei paralleler Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträger, diesen Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten bzw. diesen zu beteiligen hat. Ich werde über eine evtl. Weiterleitung informiert. Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX sind z.B. die Träger der Eingliederungshilfe, die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die umseitigen Informationen und die vorstehenden Erklärungen erforderlich sind, damit das Kreis-Sozialamt sachgerecht über meinen Antrag entscheiden kann. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Die Datenerhebung und -Verarbeitung erfolgt nach §§ 67a ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I).

- Die Information nach Artikel 13, 14 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung ist mir zur Kenntnis gegeben worden.

Ort, Datum

Unterschrift, ggfs. eines gesetzlichen Betreuers