

## Antrag

### auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder für von Behinderung bedrohte Menschen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch

Hiermit werden Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt, weil  
(nähere Beschreibung des Bedarfs oder Wunsches):

Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kostenträger:
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kostenträger:

Ich beantrage die o. g. Leistung/en als Persönliches Budget.

#### 1. Angaben zur Person

Name, Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:
Familienstand:	Aufenthaltsstatus:
Aufenthaltsgenehmigung (bitte Nachweis einreichen!) vom: _____ befristet bis: _____	
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> jüdische/r Emigrant/in	

Kinder: <input type="checkbox"/> Keine	Anzahl:
Davon in eigenem Haushalt lebend:	
Aktuelle Wohnsituation:	
<input type="checkbox"/> alleine lebend	
<input type="checkbox"/> im Familienverband	
<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft	
<input type="checkbox"/> in einer Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Seit:	
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort/ggf. letzter Wohnort vor Aufnahme in der besonderen Wohnform oder Einrichtung:	

## 2. Weitere Angaben

<b>Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis</b>
<input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.
<input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am:
<input type="checkbox"/> Ein Neustellungsantrag wurde gestellt am:
<input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt
<input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom _____ durch _____, GdB: _____
<input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis: GdB: <input type="checkbox"/> unbefristet
<input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom: _____ durch :
<b>Schwerbehinderung - Merkzeichen</b>
<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen)
<input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)
<input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
<input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)

**Krankenversicherung**

Krankenkasse:  
Mitgliedsnummer:

- freiwillig versichert  pflichtversichert  familienversichert  
 privat versichert  beihilfeberechtigt  § 264 SGB V

**Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)**

- keine Einstufung  Entlastungsbetrag  
 Antrag/ Höherstufungsantrag wurde gestellt am:  
 Antrag/ Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am:  
 Eingestuft in Pflegegrad  1  2  3  4  5, Beginn der Anerkennung:

**Weitere Leistungen, die in Anspruch genommen werden:**

- Soziale Unterstützung  
 Sozialberatung  
 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung  
 Sozialpsychiatrischer Dienst  
 Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)  
 Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung  
 Sonstige med. Rehabilitation (SGB V)  
 Mobilitätshilfen (SGB XII)  
 Sonstige Hilfen:

**3. Vertretung/ Vollmacht**

**Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB (Bitte Nachweis einreichen!)**

- ja  nein  eingeleitet

Aufgabenkreise:

- Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  
 Entgegennahme und Öffnen der Post  Wohnungsangelegenheiten  
 Vermögenssorge  Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten  
 Sonstige:

- Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht (Bitte Nachweis einreichen!)

Rechtliche Betreuung/ Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname:  
Kontaktdaten:

**Bei Bedarf: Weitere Bezugsperson/Person des Vertrauens**

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

**4. Prüfung der Ansprüche gegen Dritte**

**Anspruch auf Leistungen zum Lebensunterhalt (SGB XII)**

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein  
 Ja, Aktenzeichen:

**Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein  
 Ja, Aktenzeichen:

**Anspruch auf Leistungen nach dem Wohngeldgesetz (Bitte Nachweis einreichen!)**

- Nein  
 Ja, Aktenzeichen:

**Anspruch nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Bitte Nachweis einreichen!)**

- Nein  
 Ja, als  Beschädigte/r  Hinterbliebene/r  Familienangehörige/r

**Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung**

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein  
 Ja, weil  Arbeitsunfall  Berufskrankheit

**Anspruch auf Schadensersatz (Bitte Nachweis einreichen!)**

- Nein  
 Ja, gegen

**Anspruch auf Beihilfe nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes**

(Bitte Nachweis einreichen!)

- Nein  
 Ja, bei

**Vorzulegende Unterlagen**

- Fachärztliche Gutachten
- Therapeutenberichte
- Berichte der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse
- Mitteilung der Pflegekasse: Bewilligung des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI
- Schwerbehindertenausweis
- Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite)

Bitte nehmen Sie die beigefügte **Datenschutzerklärung** (Anlage 1) zur Kenntnis und senden diese unterschrieben an uns zurück.

**Wir verweisen auf die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I. Wird der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60, 66 SGB I).**

**Die Unterzeichnenden nehmen hiermit die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung zur Kenntnis.**

**Die Unterzeichnenden versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der persönlichen Verhältnisse - werden dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (der gesetzlichen Vertretung)

Magistrat der Stadt Fulda – Postfach 20 52 - 36010 Fulda

Zurück an:  
Amt für Jugend, Familie und Senioren  
Eingliederungshilfe Stadt Fulda  
Heinrich-von-Bibra-Straße 5-9  
36037 Fulda

**Magistrat der Stadt Fulda**  
Eingliederungshilfe SGB IX  
Telefax: 0661/102-2901  
E-Mail: [eingliederungshilfe@fulda.de](mailto:eingliederungshilfe@fulda.de)  
Anschrift: Behördenhaus am Schlossgarten  
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9  
36037 Fulda

### **Hinweis zu dem Gesamtplanverfahren: Beratende Teilnahme des örtlichen Jugendhilfeträgers**

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gestellt haben, wird von dem Träger der Eingliederungshilfe ein Gesamtplanverfahren (§ 117 SGB IX) durchgeführt.

In dem Gesamtplanverfahren werden Sie beraten und Ihre Wünsche werden dokumentiert. Außerdem wird gemeinsam mit Ihnen der individuelle Bedarf ermittelt und zum Abschluss die Möglichkeit geben, eine bedarfsdeckende Leistung abzustimmen.

Bei minderjährigen Leistungsberechtigten kann der örtliche Träger der Jugendhilfe beratend an dem Gesamtplanverfahren teilnehmen. Eine beratende Teilnahme kann zum Beispiel hilfreich sein, wenn es offene Fragen zur Erziehung des Kindes gibt, wenn eine die Jugendhilfe bereits Unterstützung leistet oder es Fragen zu den Leistungen der Jugendhilfe gibt.

Für die beratende Teilnahme des Trägers der Jugendhilfe muss eine Zustimmung des Personensorgeberechtigten (zum Beispiel der Eltern) vorliegen.

Möchten Sie, dass der örtliche Träger der Jugendhilfe beratend am Gesamtplanverfahren teilnimmt?

- Ja, bitte beteiligen Sie den örtlichen Träger der Jugendhilfe am Gesamtplanverfahren.
- Nein, bitte beteiligen Sie den örtlichen Träger der Jugendhilfe nicht am Gesamtplanverfahren.

Wenn Sie möchten, kann auch unabhängig von der Durchführung des Gesamtplanverfahrens eine Beratungsanfrage an den örtlichen Träger der Jugendhilfe weitervermittelt werden.

Wünschen Sie unabhängig von der Durchführung des Gesamtplanverfahrens eine Beratung durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe?

- Ja, bitte leiten Sie eine Beratungsanfrage an den örtlichen Träger der Jugendhilfe weiter.
- Nein, ich wünsche keine Beratung durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe.

Bitte senden Sie uns Ihre Rückmeldung zurück an:

Eingliederungshilfe Stadt Fulda  
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9  
36037 Fulda

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Melden Sie sich zur Kontaktaufnahme unter folgenden E-Mail-Adresse: [eingliederungshilfe@fulda.de](mailto:eingliederungshilfe@fulda.de)