



LANDKREIS
KONSTANZ

Antragsausgabe am:

Eingangsstempel

Überprüfungsbogen / Antrag auf Weiterbewilligung für die Leistungen der 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

Benötigen Sie andere Unterstützung als bisher und wenn ja, ab wann und warum?

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

I. Pflegeversicherung

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)

II. Behinderung

Schwerbehindertenausweis (Kopie Vorder- und Rückseite beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja - Grad der Behinderung in %..... Merkzeichen: <input type="checkbox"/> Nein
--	---

III. Steueridentifikationsnummer

--

IV. Gesundheitliche Situation

Wurde seit der letzten Überprüfung / seit dem letzten Hilfeplangespräch Veränderungen der gesundheitlichen Situation in Bezug auf ärztliche Diagnosen festgestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja: Legen Sie bitte entsprechende Nachweise (ärztliche Befunde o.ä.) vor.

Mitwirkungspflichten

Mir ist bekannt, dass ich nach § 60 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch verpflichtet bin,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, mitzuteilen, und
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden

vorzulegen oder ihrer Vorlage zustimmen.

Zu den anzugebenden Änderungen von leistungserheblichen Tatsachen gehören insbesondere die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, die Beantragung und Bewilligung einer Rente oder einer sonstigen Sozialleistung Dritter, der Wechsel des Geldinstitutes oder der Kontonummer, jeder Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheiten wie Krankenhausaufenthalte oder Urlaubsabwesenheiten und alle Fälle von (Mit-) Erbschaften auch bei Dauertestamentsvollstreckung, Enterbung, Pflichtteilsansprüchen, Vermächtnissen. Dies gilt auch für alle Änderungen von leistungserheblichen Tatsachen bei Personen, die zu meiner Einsatzgemeinschaft gehören, wie die im Haushalt lebenden Eltern oder das im Haushalt lebende Elternteil des hilfesuchenden minderjährigen Kindes und minderjährige unverheiratete leibliche Kinder, sofern sie ihren Bedarf nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen decken können.

Ich weiß, dass unvollständige oder unrichtige Angaben die Ablehnung bzw. die Aufhebung (§§44ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) der Bewilligung und die Rückforderung (§ 50 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch), die Anordnung von Kostenersatz nach §§ 103 ff Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch und eine Strafverfolgung nach sich ziehen kann.

Ich versichere hiermit, dass meine vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind.

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

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>.

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