

Main-Kinzig-Kreis
Amt für soziale Förderung und Teilhabe
Abteilung 50.4 - Pflege und Teilhabe -
Barbarossastraße 24
63571 Gelnhausen

Antrag eingegangen am: _____

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX)

- Eingliederungshilfe für Menschen mit einer Behinderung -

Welche Hilfe wird beantragt? Bitte begründen Sie kurz den Antrag

Persönliche Angaben des Antragstellers

Antragsteller (Für wen wird die Hilfe beantragt?)	
Name	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und-ort:	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____

Staatsangehörigkeit Bitte Passkopie beifügen!		<input type="checkbox"/> Nachweis zum ausländerrechtlichen Status ist beigelegt
Adresse		
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> bei den Eltern / einem Elternteil <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung über Tag und Nacht <input type="checkbox"/> unter der vorgenannten Adresse	
Aufenthalt in den letzten beiden Monaten vor der Antragstellung	<input type="checkbox"/> siehe Adresse <input type="checkbox"/> _____	
Besteht eine Vormundschaft oder Betreuung - Nachweis bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bei Kindern Angaben zu den Eltern oder Sorgeberechtigten

	Vater	Mutter
Name		
Vorname		
Geburtsdatum und-ort		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		
Telefonnummer und E-Mail:		
Staatsangehörigkeit: Pass-oder Ausweiskopie bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____
Aufenthaltsgenehmigung:	bis: _____	bis: _____
Betreuung oder Pflegschaft Nachweis bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In welcher Form und wo ist der/die Antragsteller*in krankenversichert/ pflegeversichert?			
:	Krankenkasse: _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____
	Versicherungsnummer: _____		

Ansprüche gegen Dritte		
Sind Sie beihilfeberechtigt? Bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ € Bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ € Bei: _____
Haben Sie Schadenersatzansprüche? Bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ € Gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ € Gegen: _____

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Passkopie und ggf. Aufenthaltstitel
- fachärztliche Stellungnahmen mit Diagnosen
- Kopie des Betreuerausweises oder der Vormundschaft
- _____
- _____

Die Anlage Einkommen und Vermögen ist nicht auszufüllen,

- wenn heilpädagogische Leistungen für Kinder beantragt werden,
- wenn Leistungen der medizinischen Rehabilitation beantragt werden,
- oder wenn Leistungen zur Teilhabe an Schulbildung beantragt werden.

(Dies gilt nur für Maßnahmen im ambulanten Bereich. Sind Leistungen über Tag und Nacht erforderlich, ist die Anlage Einkommen und Vermögen auszufüllen.)

Wenn Sie Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende erhalten genügt eine Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides.

die Anlage Einkommen und Vermögen ist nur auszufüllen,

- wenn Sie über 65jährig im Betreuten Wohnen, einer Tagesstätte oder einer besonderen Wohnform aufgenommen werden oder den Behindertenfahrdienst nutzen möchten oder ein Hilfsmittel zur Sozialen Teilhabe benötigen,
- wenn Sie für Ihr Kind Leistungen zur Sozialen Teilhabe beantragen möchten wie die Nutzung des Familienentlastenden Dienstes oder ein spezielles Hilfsmittel (das nicht in die Verantwortung der Krankenkasse fällt),
- oder wenn Sie für Ihr Kind Leistungen über Tag und Nacht oder über Tag beantragen möchten.

Ich / Wir bestätige/n mit meiner/unserer Unterschrift, die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben. Mir / Uns ist bekannt, dass eine wissentliche Erteilung falscher Auskünfte strafrechtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Ort, Datum

Unterschrifte/n