

hilfesuchende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Ergänzende Angaben zum Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem 2. Teil SGB IX

1 Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe

Haben Sie bei einem anderen Träger auch einen Antrag gestellt?

Nein

Ja:

Antragsdatum	
Träger	

Bitte Nachweis beifügen.

Hat Ihnen bereits ein anderer Träger die Leistung der Eingliederungshilfe bewilligt oder abgelehnt?

Nein

Ja:

Datum der Bewilligung/ Ablehnung	
Träger	
bewilligte/abgelehnte Leistung	

Bitte Nachweis beifügen.

Haben Sie bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

Nein

Ja:

Datum/Zeitraum	
Träger	
erhaltene Leistung	

Bitte Nachweis beifügen.

Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe in einer weiteren besonderen Wohnform, z. B. ambulant betreutes Wohnen?

Nein

Ja: *Bitte Nachweis beifügen.*

Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe in einer besonderen Wohnform mit Betreuung über Tag und Nacht?

Nein

Ja: *Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag mit Ihrer Einrichtung/Ihrem Anbieter beifügen.*

Liegt bei Ihnen eine anerkannte Behinderung vor? Nein

<input type="checkbox"/> Ja:	Art/Bezeichnung (Diagnose)	
	verursacht durch	
	am/seit	

*Bitte Nachweis beifügen.***2 Vorrangige Ansprüche****Wenn die Behinderung durch einen Unfall oder Dritten verursacht wurde:**

Haben Sie diesbezüglich bei einer Behörde einen Antrag auf Gewährung einer Ausgleichsleistung gestellt oder Schadenersatzansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z. B. Entschädigung von einer Versicherung)?

 Nein

<input type="checkbox"/> Ja:	Art der Leistung	
	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	
	Wann und wo wurde er geltend gemacht?	

*Bitte Nachweis beifügen.***3 Einkommen****3.1 Transferleistungen***Bitte **aktuellen Bescheid** beifügen.*

Art der Leistung	hilfesuchende Person (monatl. Betrag in EUR)	Mutter* (monatl. Betrag in EUR)	Vater* (monatl. Betrag in EUR)
Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld (SGB II)			
Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)			
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)			

3.2 Einkünfte des Vorvorjahres (Jahr der Antragstellung minus 2)

	hilfesuchende Person	Mutter*	Vater*
Steuer-ID			

* Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten sind nur bei minderjährigen hilfesuchenden Personen erforderlich.

Jahr _____

3.2.1 Einkommensteuerpflichtige Einkünfte im VorvorjahrBitte **Einkommensteuerbescheid** beifügen und **Jahresbeträge** eintragen.

Einkünfte	hilfesuchende Person (Jahresbetrag in EUR)	Mutter* (Jahresbetrag in EUR)	Vater* (Jahresbetrag in EUR)
aus Land- und Forstwirtschaft			
aus Gewerbebetrieb			
aus selbständiger Arbeit			
aus nicht selbständiger Arbeit			
aus Kapitalvermögen			
aus Vermietung und Verpachtung			
sonstige Einkünfte			

Jahr _____

3.2.2 Renteneinkünfte im VorvorjahrBitte **Nachweise zur Bruttorente des Vorvorjahres** beifügen.

Art der Rente	hilfesuchende Person (Jahresbetrag in EUR)	Mutter* (Jahresbetrag in EUR)	Vater* (Jahresbetrag in EUR)

3.2.3 Weichen Ihre aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des Vorvorjahres ab?Bitte **aktuelle Einkommensnachweise** beifügen.

	hilfesuchende Person	Mutter*	Vater*
Gründe (z. B.: Aufnahme oder Beendigung einer Beschäftigung, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung, Arbeitslosigkeit, Rentenbeginn)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil:

* Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten sind nur bei minderjährigen hilfeschenden Personen erforderlich.

Unterschrift/en

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum_____
Unterschrift hilfeschende Person bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei
Minderjährigen/bestellte Betreuer