

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
Leistungen der Eingliederungshilfe für volljährige Personen**

**Landkreis Nienburg/Weser
Fachdienst Eingliederungshilfe
Kreishaus am Schloßplatz
31582 Nienburg**

Familienname, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie Unterstützung benötigen.

Wurden bereits bei einem anderen Träger Leistungen (z.B. Teilhabe am Arbeitsleben, Assistenzleistungen, Mobilitätshilfen oder sonstige Hilfen der Eingliederungshilfe) bewilligt oder abgelehnt?

nein

ja, wann _____ wo _____

welche Leistung/en _____

bewilligt am _____

abgelehnt am _____

Bitte entsprechende/n Bescheid/e beifügen!

Persönliche Verhältnisse	
Familienname, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum und Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> _____
Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Telefonnummer:	_____
Fax:	_____
Email:	_____
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, unter folgender Anschrift: _____ _____
Steueridentifikationsnummer:	
Leben Personen mit Ihnen im Haushalt? Bitte auch das Verwandtschaftsverhältnis angeben!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name/n _____ _____ _____ _____ _____
Ihre Bankdaten: Kontoinhaber/in:	_____
Institut:	_____
IBAN:	_____
BIC:	_____

Eltern	
Ihre Mutter: Familiennamen, Vorname:	_____
	geboren am: _____ verstorben am: _____
Anschrift:	_____
Tel./Fax/Email:	_____
Beruf:	_____
Ihr Vater: Familiennamen, Vorname:	_____
	geboren am: _____ verstorben am: _____
Anschrift:	_____
Tel./Fax/Email:	_____
Beruf:	_____
Familienstand der Eltern:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden
Beträgt das Jahreseinkommen eines Elternteils mehr als 100.000,- € pro Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, Mutter <input type="checkbox"/> Ja, Vater
Kinder	
	<input type="checkbox"/> Keine Kinder
Kind 1: Name, Geburtsdatum:	_____
Wohnhaft in:	_____
Kind 2: Name, Geburtsdatum:	_____
Wohnhaft in:	_____
Kind 3: Name, Geburtsdatum:	_____
Wohnhaft in:	_____
	(Weitere Kinder bitte auf einem gesonderten Blatt angeben)
Schulische / Berufliche Laufbahn	
Erreichter Schulabschluss:	_____
Weitere Bildungsabschlüsse:	_____
Erlerner Beruf:	_____
Zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigung:	_____

Arbeits- bzw. berufsfördernde Maßnahme/n:	_____
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse:	_____
Sonstiges:	_____
Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute	
Jahr	Arbeitsverhältnis / Tätigkeit
Für ausländische Staatsangehörige	
Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status? (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis etc...)	_____

	Bitte Nachweis/e der Ausländerbehörde vorlegen!
Wann und warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	Datum der Einreise: _____
	Grund der Einreise: _____
Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt? Familiename, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Ist eine Rückkehr ins Heimatland beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich am _____
	<input type="checkbox"/> nein
Angaben zur Betreuung	
Haben Sie eine/n Betreuer/in, einen Beistand oder eine/n Bevollmächtigte/n?	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
	Bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen!
Familiename, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Telefonnummer, Email:	_____

<p>Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)?</p> <p>Werden/wurden diese geltend gemacht?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €/monatlich bzw. Abfindung von _____ € am _____ Bitte Nachweis beifügen! gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____
	<input type="checkbox"/> nein

Einkommen		
Art des Einkommens	Antragstellende Person und der/des nicht getrennten lebenden Ehe- oder Lebenspartnerin/partners	
Verfügten Sie im VorVorjahr über einkommenssteuerpflichtige Einkünfte?	Bitte den Steuerbescheid des VorVorjahres vorlegen! (Falls nicht vorhanden bitte die Lohnsteuerbescheinigung und die entsprechenden weiteren Nachweise beifügen!)	
– aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus nichtselbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus sonstigen Einkünften	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Verfügten Sie im VorVorjahr über Renteneinkünfte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bitte legen Sie Nachweise zur <u>Bruttorente des VorVorjahres</u> vor!	
Weichen Ihre aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des VorVorjahres ab? (z.B. Aufnahme/Beendigung einer Erwerbstätigkeit, Änderung des Stundenumfangs, Renteneintritt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Falls ja legen Sie bitte auch Ihre <u>aktuellen Einkommensnachweise</u> vor!	
Beziehen Sie derzeit Leistungen zum Lebensunterhalt?	Bitte entsprechende/n Bescheid/e beifügen!	
– nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– nach § 27a Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Vermögen

1. Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch geringfügige oder im Ausland befindliche anzugeben.
Die untenstehende Aufzählung ist nicht abschließend.
2. **Bitte legen Sie Ihre entsprechenden Vermögensnachweise vor**, (z.B. Sparbücher, Kontoauszüge, Versicherungsscheine, Kraftfahrzeugscheine)

Bargeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Girokonten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wertpapiere, Aktien, Depotkonten oder Fonds	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sterbeversicherungen oder Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haus- und Wohneigentum (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiger Grundbesitz (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohn-, Altenrecht, Nießbrauch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erbansprüche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Vermögenswerte (sowohl Sparvermögen als auch Haus- und Grundbesitz) in den letzten 10 Jahren veräußert, übergeben oder verschenkt?	<input type="checkbox"/> ja, Welche? _____ _____ _____ An wen? _____ _____ <input type="checkbox"/> nein
---	--

Ich erkläre ausdrücklich, kein Vermögen zu haben

Zusätzliche Angaben zu Bedarfen in der besonderen Wohnform (ehemals Wohnheim für die stationäre Betreuung von Menschen mit einer Behinderung)

Wohnen Sie in einer besonderen Wohnform mit Betreuung über Tag und Nacht?	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie Ihren Wohn- und Betreuungsvertrag vor! <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Gerichtsbeschluss zur Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen vor?	<input type="checkbox"/> ja Bitte legen Sie Ihren Gerichtsbeschluss vor! <input type="checkbox"/> nein

Wichtige Hinweise

Mitteilungspflichten

Ich versichere, dass die in dem vorstehenden Antragsbogen von mir gemachten Angaben in allen Punkten der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben sowie das Verschweigen von Änderungen in den Familienverhältnissen (Sterbefälle, Wegzug aus dem Haushalt usw.) oder das Verschweigen irgendeines Einkommens oder Vermögens, auch meiner Familienangehörigen, die sofortige Entziehung der Eingliederungshilfe, die Rückzahlung der zu Unrecht bezogenen Leistungen und die Strafverfolgung wegen Betruges bzw. Betrugsversuches zur Folge haben kann.

Ich weiß, dass ich nach § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss solange mir oder meinen anspruchsberechtigten Angehörigen Leistungen der Eingliederungshilfe gezahlt wird. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden.

Hinweis zum Datenschutz

Ihr Antrag kann nur abschließend und endgültig bearbeitet werden, wenn Sie den Antrag vollständig ausfüllen. Die Daten werden gemäß § 14 Abs. 1 S. 1 Bundesdatenschutzgesetz i. V. m. § 79 Abs. 3 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – in der automatisierten Datenverarbeitung verarbeitet und gespeichert, soweit dies für die Bearbeitung des Antrages bzw. die Leistungsgewährung notwendig ist.

Ort, Datum _____

Unterschrift der antragstellenden Person

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

geb: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Hiermit entbinde ich den/die Arzt/Ärztin, den MDK, den/die Mitarbeiter/in des Fachdienstes Psychosoziale Aufgaben und des Fachdienstes Sozialmedizin Hygiene und Umwelt Nienburg/Weser von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Eingliederungshilfe.

Die mitgeteilten Befunde und Unterlagen dürfen nur für den im Einzelfall gegebenen Untersuchungszweck verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte bedarf der gesonderten Erlaubnis.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Betreuer/in/Personensorgeberechtigte/r: _____

Einwilligungs-Erklärung Hinweise zum Datenschutz,

Darum geht es in diesem Schreiben:

- Welche Daten der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe von Ihnen braucht.
- Warum Ihre Einwilligung wichtig ist.

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs-Hilfe gestellt. Diesen haben Sie beim Eingliederungs-Hilfe-Träger gestellt. Der heißt abgekürzt: EGH-Träger. Er schaut alle Lebens-Bereiche an. Er prüft Ihren Bedarf an Unterstützung.

Dazu sagt man: Bedarfs-Ermittlung.

Dafür füllt der EGH-Träger einen Bogen aus. Dafür braucht der EGH-Träger Daten von Ihnen.

Hinweis: Mit WIR ist der EGH-Träger gemeint.

Wir müssen uns an die Gesetze zum Datenschutz halten.

So bekommen wir Ihre Daten:

Wir führen mit Ihnen ein Gespräch. Und es gibt ein Formular, das wir ausfüllen. Das Formular heißt Bedarfsermittlung Niedersachsen. Das heißt abgekürzt: B.E.Ni. Beim Ausfüllen sind Sie dabei. Wir brauchen Daten von Ihnen. Zum Beispiel:

- Alter und Geschlecht.
- Wohnsituation, das heißt zum Beispiel: Leben Sie allein. Leben Kinder bei Ihnen.
- Lebens-Bereiche: Wo Sie Unterstützung brauchen. Und welche Ziele und Wünsche Sie haben. Wo oder wie Sie wohnen wollen.
- Welche Leistungen soll es geben? Wie oft? Und wie lange? Wollen Sie die Leistungen selber organisieren, zum Beispiel im Persönlichen Budget?

Das machen wir mit Ihren Daten:

Die Daten speichern wir im Computer. Wir legen sie in der Akte ab.

Wir speichern Ihre Daten ab diesem Tag: Antragstellung

Wir löschen Ihre Daten 10 Jahre nachdem Sie keine Leistungen mehr bekommen.

Wir leiten Ihre Daten vielleicht weiter an:

Einen Dienst oder eine Einrichtung. Wenn diese die Leistungen erbringen.

Andere Ämter, wenn diese zuständig sind. Oder wenn diese Leistungen erbringen. Oder Sie andere Leistungen brauchen.

Wir fragen erst, ob Sie das wollen. Ob die Ämter miteinander reden dürfen. Dafür brauchen wir Ihre Zustimmung. Dafür können Sie Ihre Unterschrift geben.

Sie können die Einwilligung immer zurück nehmen. Das heißt dann widerrufen. Dann können Sie uns das in einem Widerruf mitteilen.

Wir löschen Ihre Daten dann. Die Behörde kann Ihren Antrag dann vielleicht nicht bearbeiten.

Bitte wenden Sie sich bei einem Widerruf an:

- Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe -

Sie haben noch weitere Rechte:

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten.

Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten.

Sie haben vielleicht das Recht auf Löschung Ihrer Daten.

Sie haben vielleicht das Recht die Verarbeitung Ihrer Daten einschränken zu lassen.

Sie haben ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft.

Sie haben ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie können den Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe als verantwortliche datenverarbeitende Stelle auch erreichen: Per E-Mail: dsb-lkni@infora.de oder Per Post: Herr Andreas Werner, INFORA GmbH, Friedrichstr. 200, 10117 Berlin.

Bitte füllen Sie nun die Einwilligungs-Erklärung vollständig aus.

Vielen Dank!

Einwilligungs-Erklärung

Vorname, Name: _____

- Der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe darf ihre Zuständigkeit prüfen. Sie darf meinen Antrag oder Teile davon an zuständige Leistungsträger weiterleiten.
- Mit der Weitergabe meiner personen-bezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe darf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabepplans weitergeben. Dies nur an Einrichtungen oder Dienste, die die Leistung erbringen werden.

Ich bin über die Nutzung von meinen Daten informiert. Ich bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung Datenschutz

Der Träger der Sozialhilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe verpflichtet, die Bedarfsermittlung mit einem Formular zu bearbeiten. Dieses Formular heißt: Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni). Die in der individuellen Bedarfsermittlung (anhand des Formularsatzes B.E.Ni) erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab Antragstellung gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle (Datenschutzbeauftragter: Herr Andreas Werner, INFORA GmbH) per E-Mail (dsb-ikni@infora.de) oder postalisch unter Friedrichstr. 200, 10117 Berlin erreichbar.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

-
- Ich willige ein, dass der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
 - Ich willige ein, dass der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.
-

Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Vorname, Name: _____

Datum, Unterschrift