

Zurück an:

Landkreis Aurich  
Sozialamt  
Fräuleinshof 3  
26506 Norden

Antrag eingegangen am:

(Eingangsstempel)

Antrag ausgehändigt:

(Namenszeichen)

### Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Neuantrag     Folgeantrag

ab dem: \_\_\_\_\_

#### I) Beantragte Leistung\*

##### Frühförderung

Frühförderung in Form einer

Hausfrühförderung

Kleingruppenförderung

##### Kindergarten/Schule

Heilpädagogischer Kindergarten

Integrationskindergarten/-krippe

Tagesbildungsstätte

Sprachheilkindergarten

Schulbegleitung

##### Soziale Teilhabe/Assistenzleistung

Assistenzleistung

in dem eigenen Haushalt

in einer besonderen Wohnform (Wohnheim)

##### Teilhabe am Arbeitsleben

Werkstatt für behinderte Menschen

Tagesstätte

Tagesförderstätte

Budget für Arbeit

##### Sonstige Hilfen

Hilfsmittel:

Sonstiges:

##### Anbieter

Ich wünsche die Leistungserbringung durch folgenden Anbieter

Ich wünsche die Leistungserbringung als persönliches Budget

nein     ja

\* durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben

#### II) Grundangaben

Name, Vorname (Antragsteller/in)

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich     weiblich     trans/inter

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Geburtsort und Staatsangehörigkeit\*

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Krankenkasse (mit Anschrift und Versicherungsnummer)

Gesetzliche/r Betreuer/in (mit Anschrift)\*\*

\* Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

\*\* Betreuerausweis beifügen

<b>II a) Bei Minderjährigen</b>	
Mutter: _____ geb. am: _____ Anschrift:  Vater: _____ geb. am: _____ Anschrift:	Ggf. Pflegeeltern, Vormund/in*, Erziehungsberechtigter Name: _____  Anschrift:

\* Bevollmächtigung beifügen

<b>II b) Bei Volljährigen</b>	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Falls getrennt lebend oder geschieden Werden Sie durch einen Rechtsanwalt vertreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welcher Rechtsanwalt vertritt Sie? (mit Anschrift)
Bestehen bereits Unterhaltsregelungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja*

\* Nachweise oder Unterhaltstitel beifügen

<b>III) Schwerbehinderung</b>	
Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____*
Schwerbehinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> EB (entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> VB (versorgungsberechtigt) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> 1. Klasse <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)

\* Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

<b>IV) Beihilfeansprüche</b>	
Bestehen Beihilfeansprüche?*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Berechtigter: _____ Anschrift der Beihilfestelle: _____ _____ _____ Aktenzeichen: _____

\* Nachweise beifügen



### Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

### Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung ist eine vom Leistungserbringer und Kostenträger unabhängige Stelle, die für alle Antragsteller und Hilfesuchenden bereitsteht und umfängliche Beratung anbietet.

### **Unabhängige Teilhabeberatung für elk un een e.V.**

Standorte:

#### **Standort Aurich**

Jahnstraße 2  
26603 Aurich

#### **Standort Ihlow**

Alte Wieke 4  
26632 Ihlow

#### **Standort Pewsum**

Schatthausstraße 31  
26736 Pewsum

#### **Standort Norden**

Schulstraße 71  
26506 Norden

#### **Standort Großefehn**

Kanalstraße Süd 54  
26629 Großefehn

#### **Standort Emden**

Osterbutvenne 4  
26721 Emden

Telefonnummer:

04921 9067300

Handy:

0172 1386429

E-Mail:

info@teilhabeberatung-ostfriesland.de

Web:

www.teilhabeberatung-ostfriesland.de

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in

### Anlage:

Schweigepflichtentbindung

Einwilligungserklärung Datenschutz