

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Absender

Eingangsstempel

Landratsamt Zwickau  
Sozialamt  
Werdauer Straße 62  
**08056 Zwickau**

**Antrag auf Gewährung von Leistungen  
der Eingliederungshilfe  
nach dem 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

**Tag der Antragstellung:**

**Aktenzeichen:**  
(soweit bekannt)

Antrag auf: (bitte ankreuzen)

- Soziale Teilhabe**
- Leistungen für Wohnraum
  - Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
  - Leistungen zur Förderung der Verständigung
  - Assistenzleistungen
  - Leistungen zur Mobilität
  - Hilfsmittel
  - Besuchsbeihilfen
  - Sonstiges

- Teilhabe an Bildung:**
- Hilfen zu einer Schulausbildung
  - Hilfen zur (hoch-)schulischen Aus- und Weiterbildung für einen Beruf
  - Hilfen für Fernunterricht/Praktikum
  - Teilnahme an Maßnahmen zur Vorbereitung einer Aus- und Weiterbildung
  - Hilfsmittel
  - Sonstiges

- Teilhabe am Arbeitsleben**
- Leistungen zur Beschäftigung
  - Hilfsmittel
  - Sonstiges

- Medizinische Rehabilitation**
- Hilfsmittel
  - Rehabilitationsleistungen
  - Sonstiges

- Gewünschte Leistungsform**
- |                |                |                     |
|----------------|----------------|---------------------|
| Sachleistungen | Geldleistungen | Persönliches Budget |
|----------------|----------------|---------------------|

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe  
Stand 10/2025

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

# 1. Personenbezogene Daten des Leistungsberechtigten

## 1.1 Personalangaben

Name		Vorname		Staatsangehörigkeit	
Geschlecht männlich weiblich divers		Geburtsort		Geburtsdatum	
bei ausl. Staatsbürgern - ausländerrechtlicher Status					
Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet verpartnert geschieden					Seit: Datum des Urteils:
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)					
abweichender Aufenthaltsort (Name der Privatperson)			abweichender Aufenthaltsort - Name betreuende Einrichtung/Träger		
Telefon (Festnetz und Erreichbarkeit)		Telefon (Mobilfunk)		E-Mail-Adresse	

## 1.2 Gesetzliche Vertretung

nein ja beantragt, am:  
gesetzlicher Betreuer

Name		Umfang	
Telefonnummer		Personensorge	Postangelegenheiten
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		Vermögenssorge	Behördenangelegenheiten
		Gesundheitssorge	Aufenthaltsbestimmungsrecht

## 1.3 Angaben zu Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung

Krankenkasse	Pflichtversicherung	Freiwillige Versicherung	Private Versicherung
Krankenversicherтенnummer	Familienversichert bei: Es besteht keine Krankenkassenzugehörigkeit		
Rentenversicherтенnummer	Kundennummer der Arbeitsagentur		

## 1.4 Berufliche Tätigkeit

Beruf/Tätigkeit	
Arbeitsstelle mit Anschrift	
Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen: Träger/Anschrift	
arbeitslos seit:	arbeitsunfähig seit:
Altersrente seit:	Erwerbsunfähig seit:
Selbstständig als:	Selbstständig seit:
Sonstiges	

## 1.5 Wohnverhältnisse

Wohnung	Miete	Größe der Wohnfläche in m <sup>2</sup>
Haus	Eigentum	Anzahl der insgesamt im Haushalt lebenden Personen

## 2. Medizinische Angaben sowie Art und Umfang der Behinderung/Pflegebedürftigkeit

### 2.1 Medizinische Angaben

(falls der Platz nicht ausreicht, bitte auf einem gesonderten Blatt dem Antrag beifügen)

Diagnosen nach ICD 10/Beeinträchtigungen/Gesundheitsprobleme	
Hilfsmittel	Folgende ärztliche Unterlagen liegen bei: Arzt-/Krankenhausbericht vom: ärztliches Gutachten Gesundheitsamt vom: Andere Unterlagen (z.B. Kurbericht etc.) vom:

### Behandelnde Ärzte/Krankenhäuser

(Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte den Punkt 6 oder ein Extrablatt nutzen)

Name	Fachrichtung
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	Telefonnummer
Name	Fachrichtung
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	Telefonnummer
Name	Fachrichtung
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	Telefonnummer

### 2.2 Angaben zur Behinderung

Ich habe keine festgestellte Behinderung

Ich bin von Behinderung bedroht

Ich habe einen Grad der Behinderung beantragt am:

bei:

Ich habe einen Grad der Behinderung von:

Merkzeichen:

Feststellungsbescheid vom:

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein

#### Art der Behinderung

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

seelische Behinderung

Chronisch psychisch krank

Abhängigkeit/Suchterkrankung

Sinneserkrankung

#### Haben Sie Einschränkungen in der Fortbewegungsfähigkeit?

nein

ja

nur mit Hilfe möglich

ohne eigene Fortbewegungsmöglichkeit

Die Schädigung/Behinderung entstand auf Grund einer der nachfolgenden Ursachen und es bestehen Ansprüche gegen Dritte wegen eines:

Unfalls

nein

ja

Impfschadens

nein

ja

vorsätzlichen und rechtswidrigen tätlichen Angriffs

nein

ja

Sonstiges (z.B. Arzt- oder Hebammenfehler)

nein

ja

### 2.3 Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI)

nein

ja

Pflegegrad

1

2

3

4

5

Häusliche Pflege:

ambulantes Pflegegeld

Pflegesachleistungen

Kombinationsleistungen

Pflegedienst:

Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Träger	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)
--------	-----------------------------------

Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)

Träger	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)
--------	-----------------------------------

Ich erhalte zusätzliche Betreuungsleistungen (Entlastungsbeitrag § 45b SGB XI)

### 3. Beantragte Leistungen

#### 3.1 Leistungsträger/Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide

Wurde die Leistung bereits bei einem anderen Leistungsträger beantragt?

(Krankenkasse, Pflegekasse, Bundesagentur für Arbeit, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Öffentliche Jugendhilfe, KSV Sachsen, Kriegsopferfürsorge, Kriegsopferversorgung, Alterssicherung für Landwirte, Integrationsamt)

nein                      ja (Bitte Bescheide sowie Untersuchungsbefunde/-berichte in Kopie beifügen)

Leistungsträger, Anschrift und Ansprechpartner	Leistung	Datum des Bescheides

#### 3.2 Beantragte Leistung(-en)/Leistungsbereiche

**Soziale Teilhabe**  
(§ 76 ff., § 113 SGB IX)

**Leistungen zur Teilhabe an Bildung**  
( 75, § 112 SGB IX)

**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**  
( § 49 ff., § 111 SGB IX)

**Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation**  
(§ 42 ff., § 109 SGB IX)

**Sonstige Leistungen**

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten die beantragte Leistung genau, mit konkreten Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung und wie diese von wem, ab wann erbracht sowie welche Ziele erreicht werden sollen. (Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte den Punkt 6 oder ein Extrablatt nutzen)

#### 3.3 Sonstiges bisherige Leistungen

Beziehen Sie Leistungen vom Kommunalen Sozialverband Sachsen in Leipzig (KSV) oder wurden Leistungen beantragt?

nein                      ja

Beziehen oder bezogen Sie bereits Eingliederungshilfe?

nein                      ja      Zeitraum:

Stadt/Gemeinde:

## 4. Persönliche Verhältnisse

### 4.1 Persönliche Verhältnisse weiterer im Haushalt lebender Personen

	1.	2.	3.	4.	5.
Name, ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)					
Persönliche Stellung zum Antragsteller (Kind, Partner etc.)					
Staatsangehörigkeit					
Ausländerrechtlicher Status					
Grad der Behinderung					
derzeitiger Beruf/Tätigkeit					
Arbeitsstelle					
Vormund/Betreuer	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja

### 4.2 Angehörige 1. Grades außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(weitere unterhaltspflichtige Kinder bitte unter Punkt 6 - Bemerkungen eintragen)

	Vater	Mutter	Ehe-/Lebenspartner	1. Kind	2. Kind
Name, ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hnr.)					
derzeitiger Beruf/Tätigkeit					

## 5. Einkommen und Vermögen

Wenn Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung beantragt wird, werden Einkommen und Vermögen geprüft, da es sich um steuerfinanzierte Sozialleistungen handelt. Ausnahmen bilden dabei die in § 138 SGB IX genannten Leistungen. Sie brauchen demnach die Punkte 5.1 bis 5.3 nicht ausfüllen, wenn Sie folgende Leistungen beantragen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Schulausbildung, Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Aus- oder Weiterbildung für einen Beruf in Ausbildungsstätten für Menschen mit Behinderung, Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten.

### 5.1 Einkommen des Leistungsberechtigten

Um Leistungen der Eingliederungshilfe zu erhalten, muss bei Überschreitung der Einkommensgrenze ein finanzieller Beitrag geleistet werden. Das Partnereinkommen wird nicht berücksichtigt.

- bitte füllen Sie dazu je eine Spalte für das Vorvorjahr sowie des aktuellen Betrages aus.

Art des Einkommens	Jahresbetrag aus dem Vorvorjahr	Betrag monatl. aktuell	Art des Einkommens	Jahresbetrag aus dem Vorvorjahr	Betrag monatl. aktuell
Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit			Einkommen aus selbstständiger Arbeit		Bitte Anlage EGH - S ausfüllen
Pensionen			Land-/Forstwirtschaft		
Krankengeld			Gewerbebetrieb		
Erwerbsminderungsrente			Kapitalvermögen		
Altersrente			Miet- und Pachteinnahmen		
Witwen-/Witwerrente			sonstige Einkommen		
andere Renten (z.B. Waisen-, Betriebs-, Auslandsrente, sonstige Renten)					

### Sonstige Einkommen des Leistungsberechtigten

Bitte kreuzen Sie die Ihrer Sachlage entsprechenden Einkommen an. Beträge sind nicht einzutragen.

	Vorvorjahr	Aktuell		Vorvorjahr	Aktuell
Arbeitslosengeld I			Sozialhilfe		
Arbeitslosengeld II			Verletztengeld		
Insolvenzgeld			Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz		
Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)			Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz		
BAföG-Leistungen			Sonstige Einnahmen (Bitte benennen)		
Mutterschaftsgeld					
Elterngeld					
Kindergeld					
Unterhaltsvorschuss					
Unterhalt					

Für die Ermittlung Ihres Beitrags zur Kostenbeteiligung ist nach § 135 SGB IX die Summe der Einkünfte des Vorvorjahres maßgeblich. Besteht jedoch im aktuellen Jahr ein wesentlich geringeres Einkommen oder sind starke finanzielle Belastungen vorhanden, die von den Angaben aus dem Vorvorjahr erheblich abweichen, kann eine Berechnung anhand derzeitiger Einkünfte erfolgen. Wenn dies aufgrund ihrer finanziellen Lage erforderlich ist, tragen Sie bitte die entsprechenden jährliche Beträge ein und reichen die Nachweise ein.

### 5.2 Angaben zum Vermögen

Girokonto/Bargeld/Sparguthaben/Anlagevermögen/Sonstige Vermögenswerte  
Füllen Sie hierzu die Anlage EGH - V (Prüfung der Vermögensverhältnisse) aus.

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben?		Ja	Nein
Wann:	An wen:	Wert:	
Wann:	An wen:	Wert:	

### 5.3 Besondere Belastungen

Bitte Nachweise der aktuellen Beitragsfestsetzung beifügen.

Hausratversicherung		Staatlich geförderte (zertifizierte) Rentenversicherung	
Haftpflichtversicherung		Mit der Erzielung von Erwerbseinkommen verbund. Belastungen (Arbeitsmittel, Fahrtkosten, Beiträge Berufsverbände, Mehraufwendungen, doppelte Haushaltsführung)	
Ist im Haushalt ein Kfz vorhanden?	Ja    Nein	Sonstige Belastungen	

Bei vorhandenem Kfz bitte die Anlage EGH - Kfz ausfüllen.

## 6. Bemerkungen/Wichtige Hinweise und Ergänzungen

## 7. Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Beantragung der Hilfe/Heimaufnahme

Anschrift	von	bis
Anschrift	von	bis

## 8. Zustellungsvollmacht/Bekanntgabevollmacht

Bis auf Widerruf sollen die Schriftstücke zusätzlich an folgende Personen ausgehändigt bzw. übersandt werden:

Name	Name
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)
Telefon-/Handynummer	Telefon-/Handynummer

## 9. Bankverbindung Die mir gewährten Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Name Kreditinstitut	
Name Kontoinhaber	
IBAN	

**Zur Zeit besteht noch keine Möglichkeit für eine rechtssichere digitale Unterschrift. Daher müssen Sie das vollständig ausgefüllte Formular ausdrucken und unterschrieben per Post oder persönlich abgeben.**

## Bitte beachten Sie folgende Hinweise und Erklärungen:

### Hinweise Eingliederungshilfeleistungen

Wer Eingliederungshilfeleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, sofern diese für die Leistungsermittlung erforderlich sind. Wenn Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung beantragt wird, werden Einkommen und Vermögen geprüft, da es sich um steuerfinanzierte Sozialleistungen handelt. Ausnahmen bilden dabei die in § 138 Abs. 1 SGB IX genannten Leistungen.

Für den Zeitraum Ihres Leistungsbezuges sind Sie verpflichtet, dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen, insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen.

Bei Kontoauszügen mit Ausgabebuchungen, können Verwendungszweck und Empfänger geschwärzt werden.

Werden Leistungen beantragt, für die der Träger der Eingliederungshilfe nicht Leistungsträger sein kann, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Leistungsträger weiter.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden nach § 105 SGB IX in Form von Sach-, Geld- oder Dienstleistung erbracht. Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung der Eingliederungshilfe, sondern eine Leistungsform, die es alternativ zur Sachleistung gibt. Diese Leistungsform bezieht sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe, nicht auf eine einmalige Leistung, und wird als Geldleistung oder als Gutschein erbracht.

### Bedarfsermittlung

Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist eine umfassende Bedarfsermittlung (§ 118 SGB IX) erforderlich, die im Rahmen einer Integrierte Teilhabeplanung (ITP) durch den Sozialdienst sowie den Leistungssachbearbeiter erfolgt. Der individuelle Bedarf wird dabei durch Prüfung der Teilhabebeeinträchtigungen sowie deren Auswirkungen ermittelt und mit Festlegung von Teilhabezielen dokumentiert. Dies schließt eine mögliche Abstimmung bzw. Einbeziehung weiterer Rehabilitations-/ Sozialleistungsträger mit ein, so dass es trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht werden kann.

Nach Prüfung und Feststellung, ob die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung vorhanden sind, werden in einer Gesamtplan-/ Teilhabeplan-/Budgetkonferenz der ITP und der Gesamt-/Teilhabeplan besprochen sowie individuelle Förder- und Leistungsziele für einen bestimmten Bewilligungszeitraum festgelegt. Werden Leistungen in Form des Persönlichen Budgets erbracht, sind zusätzlich Angaben zur Höhe des persönlichen Budgets und zur Nachweiserbringung schriftlich anzugeben.

### Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkung

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60-65 Sozialgesetzbuch 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ist eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern zur Bearbeitung des Antrags erforderlich (§§ 14-23 SGB IX), erfolgt eine Teilhabeplanung (§ 19ff. SGB IX), die eine Erhebung von personenbezogenen Daten einschließt (§ 67a Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB X). Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art.13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie unter [www.landkreis-zwickau.de/dsgvo\\_sozialamt](http://www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_sozialamt).

Die Datenschutzhinweise und -informationen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

# Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I (SGB I)

## § 60 SGB I Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
  2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
  3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

## § 66 SGB I Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

## Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch-Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss. Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen teile ich unverzüglich mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der nachfragenden Person/  
gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehepartner/Lebenspartner/  
Lebensgefährte/weiter gesetzliche Vertreter

## **Einwilligungserklärung**

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie im Rahmen des Gesamtplan-/Teilhabepflichtverfahrens nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende Einwilligungserklärung.

Ich bin damit **einverstanden**, dass **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen sowie vom Sachgebiet Schwerbehindertenrecht des Landratsamtes Zwickau Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, elektronisch verarbeitet und gespeichert werden**. Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

**Folgende Ärzte, Psychologen und Gutachter bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:**

**Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:**

**Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.**

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Feststellungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend dem Sozialamt mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über meine ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_ Unterschrift Leistungsberechtigter

## **Zustimmungserklärung Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

In einem umfassenden Prüfverfahren ist Ihre Beteiligung am gesamten Planungsprozess sowie Ihre Mitwirkung im Gesamtplan- bzw. Verwaltungsverfahren erforderlich.

Aufgrund der Komplexität des Verfahrens und der Leistungsermittlung entsprechend Ihres Bedarfes, kann die Einbeziehung von anderen Rehabilitations-/Leistungsträgern, Fachdiensten oder sonstigen Stellen sowie die Übermittlung von Informationen und persönlichen Daten an Dritte notwendig sein. Dürfen Ihrerseits zum Verfahren notwendige Stellen nicht beteiligt werden, kann Ihr Antrag möglicherweise nicht oder nur unzureichend bearbeitet werden und es können gegebenenfalls Leistungslücken entstehen, die die Eingliederungshilfe nicht auffüllen kann. Im Folgenden erhalten Sie genaue Informationen bezüglich der Durchführung des Verfahrens sowie Zustimmungserklärungen.

### **Leistender Rehabilitationsträger / Weiterleitung eines Antrags (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX; § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX; § 15 Abs. 4 Satz 2 SGB IX)**

Wird nach Antragseingang und Prüfung festgestellt, dass der Eingliederungshilfeträger für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist oder enthält ein Antrag Leistungen, die neben der Eingliederungshilfe weitere Leistungen zur Teilhabe umfassen, für die er nicht Rehabilitationsträger (nach § 6 Abs.1 SGB IX) sein kann, wird der Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Der Antragsteller wird hierüber unterrichtet. Der Rehabilitationsträger entscheidet über die Leistungen nach seinen Leistungsgesetzen in eigener Zuständigkeit. Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) für Leistungen zur Teilhabe können neben der Eingliederungshilfe sein: die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die Kriegsopferversorgung / Kriegsopferfürsorge sowie die öffentliche Jugendhilfe.

### **Teilhabeplan (§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX; § 19 Abs. 5 SGB IX)**

Sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 5 SGB IX – medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, Teilhabe an Bildung und soziale Teilhabe) oder mehrerer Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) erforderlich, ist der leistende Rehabilitationsträger für das Teilhabeplanverfahren verantwortlich. Er stellt den individuellen Bedarf sowie die voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten fest und stellt sie so zusammen, dass sie nahtlos ineinander übergreifen. Das Verfahren kann auch anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers von einem anderen beteiligten Rehabilitationsträger durchgeführt werden.

### **Teilhabeplankonferenz (§ 20 Abs. 1-3 SGB IX)**

Die Teilhabeplankonferenz ist eine gemeinsame Beratung und die Abstimmung/Feststellung des Rehabilitationsbedarfs aller verantwortlichen Rehabilitationsträger bei einem meist komplexeren Teilhabebedarf. Eine Teilhabeplankonferenz kann, muss aber nicht immer durchgeführt werden und bedarf der Zustimmung des Leistungsberechtigten. Von einer Durchführung kann abgesehen werden, wenn der Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann, der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistungen steht oder der Leistungsberechtigte seine Einwilligung nicht erteilt hat. Während des Teilhabeplanverfahrens/der Teilhabeplankonferenz kann der Leistungsberechtigte eine Vertrauensperson/Bevollmächtigten hinzuziehen sowie sich von einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung extern informieren.

### **Einbeziehung öffentlicher Stellen (§ 22 SGB IX)**

Sind zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs andere öffentliche Stellen erforderlich (Pflegekasse, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde), so können diese unter Zustimmung des Leistungsberechtigten und unter Berücksichtigung seiner Interessen, in die Erstellung des Teilhabeplans in geeigneter Art und Weise einbezogen werden.

Bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, wird die zuständige Pflegekasse informiert und nimmt am Teilhabeplanverfahren beratend teil.

Die Integrationsämter sind an der Durchführung des Teilhabeplanverfahrens zu beteiligen, soweit sie Leistungen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 3 des SGB IX - Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen - erbringen. Das zuständige Integrationsamt kann das Teilhabeplanverfahren nach § 19 Absatz 5 SGB IX anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchführen, wenn die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren.

Die zuständige Betreuungsbehörde wird über die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens informiert, sofern Anhaltspunkte für einen Betreuungsbedarf nach § 1896 Abs. 1 BGB bestehen und soweit dies für die Vermittlung anderer Hilfen, bei denen kein Betreuer bestellt ist, erforderlich ist.

### **Gesamtplanverfahren (§ 117 Abs. 3 und 4 SGB IX)**

Die Gesamtplanung ist der Arbeitsprozess von der Antragstellung bis zur Leistungsgewährung, bei welcher ggf. andere Sozialleistungsträger einbezogen werden, die selbst nicht Rehabilitationsträger sind, wie z.B. die Pflegeversicherung nach Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI), die Träger der Hilfe zur Pflege, die Grundsicherung (Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII)) oder die Jobcenter. Bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, nach Hilfe zur Pflege nach Kap. 7 SGB XII oder Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt, sind diese Sozialleistungsträger zu informieren und am Gesamtplanverfahren entsprechend zu beteiligen, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

### **Gesamtplankonferenz (§ 119 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX)**

Um das Zusammenbringen von Leistungen nach §§109 – 116 SGB IX in einem Gesamtplan zu gewährleisten, kann eine Gesamtplankonferenz durchgeführt werden, Wenn der Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht, kann davon abgewichen werden.

Der Übersendung des Gesamtplans/Teilhabepplans (Ergänzungsbogen Z) an den Leistungserbringer, stimme ich zu.

**Die Hinweise und Informationen bezüglich des Planungsprozesses im Verwaltungsverfahren habe ich gelesen und verstanden.**

**Mir ist bekannt, dass ich neben einer Beratung durch den Träger der Eingliederungshilfe auch eine unabhängige Beratung durch einen Anbieter der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) in Anspruch nehmen und ich während des Gesamt-/Teilhabepplanverfahrens eine Person meines Vertrauens beteiligen kann.**

**Ich erteile hiermit meine Zustimmung, dass der Träger der Eingliederungshilfe alle zur Bedarfs- und Leistungsfeststellung erforderlichen Beteiligten (Rehabilitations-/Sozialleistungsträger, Jugendhelfeträger, Fachdienste, sonstige Stellen, etc.) in den Prozess einbezieht und bin mit der notwendigen Übermittlung von Informationen und persönlichen Daten an Dritte einverstanden. Meine Zustimmung kann ich jederzeit eingrenzen bzw. widerrufen, bin mir aber bewusst, dass in diesem Fall ggf. Leistungslücken entstehen können, die die Eingliederungshilfe möglicherweise nicht leisten kann.**

**Ich erteile hiermit eine teilweise Zustimmung zur Beteiligung anderer Stellen sowie der Übermittlung von Informationen und persönlichen Daten an Dritte und nehme folgende Stellen/Personen/Schriftstücke etc. ausdrücklich von der Zustimmung aus:**

**Ich erteile hiermit keine Zustimmung zur Beteiligung anderer Stellen sowie der Übermittlung von Informationen und persönlichen Daten an Dritte. Mir ist bewusst, dass in diesem Fall ggf. Leistungslücken entstehen können, die die Eingliederungshilfe möglicherweise nicht leisten kann.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungsberechtigter