

Kreis Mettmann
Amt für Menschen mit Behinderung
Schwarzbachstr. 10
40822 Mettmann

Version 07/2017

**Sozialhilfegrundertrag zur Beantragung von Leistungen der Eingliederungshilfe
gem. §§ 53, 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes:

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden auf Grund der §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erhoben.

1. Angaben zu den in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

	Leistungsberechtigter	Erziehungsberechtigter / Ehepartner	Erziehungsberechtigter
Name			
Vorname			
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Anschrift: Strasse, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit: _____
Staatsangehörigkeit Bei EU-Ausländern: Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU-Staat/oder gleichgestellt <input type="checkbox"/> andere ist: _____ Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU-Staat/oder gleichgestellt <input type="checkbox"/> andere ist: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU-Staat/oder gleichgestellt <input type="checkbox"/> andere ist: _____
Name gesetzlicher Betreuer / Vormund (Bitte Kopie der Bestel-lungsurkunde beifügen)	_____ _____		
Anschrift, Telefon, Mail			

2. Angaben zu weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Name			
Vorname			
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich männlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Geburtsname (Auch Namen aus früheren Ehen)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit Bei EU-Ausländern: Aufenthaltsstatus			

3. Allgemeine Angaben zum Hilfesuchenden

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflicht- /familienversichert. Name der Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Ich bin privat oder freiwillig gesetzlich versichert. Name der Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	Ein Pflegegrad wird/wurde beantragt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Es besteht kein Anspruch auf einen Pflegegrad. Folgender Pflegegrad liegt vor: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ansprüche gegenüber Dritten	▶ Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch einen Arbeits-, Verkehrs-, Spiel-, oder Sportunfall, einen ärztlichen Behandlungsfehler oder durch eine tätliche Auseinandersetzung). Ich bin deshalb hilfebedürftig geworden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ▶ Es werden ähnliche Leistungen (z.B. Frühförderung) bereits über einen anderen Leistungsträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung) bezogen. <input type="checkbox"/> ja folgende: <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____ _____ _____

Art der Behinderung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch
	▶ Aufgrund der Behinderung besteht folgender Unterstützungsbedarf: _____ _____
	▶ Folgende pflegerische/medizinische Unterstützung ist erforderlich: <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Anreichen der Nahrung <input type="checkbox"/> Hilfe bei Toilettengang <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ Eine Krankenbeobachtung ist notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Art der Hilfeleistung die beantragt wird:

Begleitungen:	
<input type="checkbox"/> Schulbegleitung	<input type="checkbox"/> Begleitung in der OGATA / OGS <input type="checkbox"/> Wegebegleitung Schule / offener Anfang
<input type="checkbox"/> Kindergartenbegleitung	geplante Einschulung: _____
Name Kindergarten/Schule: _____	
<input type="checkbox"/> Freizeitbegleitung	
Fördermaßnahmen:	
<input type="checkbox"/> Autismustherapie	<input type="checkbox"/> heilpädagogische Förderung <input type="checkbox"/> Elterngespräch/Kooperationsgespräch
geplante Einschulung: _____	
Name Praxis/Therapiezentrum: _____	
Ort für die Durchführung der Therapie/Förderung: _____	
sonstige Hilfeleistungen:	
<input type="checkbox"/> Baumaßnahme	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen über 65 Jahre	<input type="checkbox"/> Tagesstättenbetreuung über 65 Jahre
Beschreibung: _____	
Die beantragte Leistung wurde bereits bei einer anderen Stelle (z.B. Krankenkasse, Landschaftsverband Rheinland etc.) beantragt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs.1 Nr.1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens,- Vermögens,- Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit (z.B. Krankenhausaufenthalte)), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs.1 Nr.2 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

_____	_____	_____	_____
Datum	Leistungsberechtigter oder gesetzlichen Vertreter	Ehepartner	aufgenommen durch