

**Antrag auf Weiterbewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe  
gem. §§ 53, 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

**1. Angaben zum Leistungsberechtigten**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

**2. Art der Hilfeleistung**

Begleitungen:

- Kindergartenbegleitung                       Schulbegleitung                       Begleitung in der OGATA / OGS  
geplante Einschulung: \_\_\_\_\_

- Freizeitbegleitung

Fördermaßnahmen:

- Autismustherapie                                       heilpädagogische Förderung  
geplante Einschulung: \_\_\_\_\_

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

▶ Die Hilfeleistung wird weiterhin ab dem \_\_\_\_\_ beantragt.

**3. Änderungen in den Verhältnissen**

- Es haben sich keine Veränderungen ergeben.

- Folgende Änderungen haben sich ergeben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfgewährenden 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

\_\_\_\_\_  
Leistungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in