



# Antrag auf Leistungen in einer Förder- und Betreuungsgruppe im Rahmen sozialer Teilhabe

Bitte füllen Sie diesen Antrag sorgfältig und vollständig aus und fügen Sie bei der erstmaligen Antragstellung bei allen Fragen, die mit dem Symbol  versehen sind, Nachweise bei. Bei Weitergewährungsanträgen sind nur Nachweise erforderlich, wenn sich gegenüber der letzten Antragstellung Änderungen ergeben haben.

| <b>1. Persönliche Daten des Antragstellers</b>  |  |
|--|--|
| Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite)   |  |
| Name, Vorname  |  |
| Geburtsdatum /<br>Geburtsort   |  |
| Telefonnummer<br>E-Mail  |  |
| Straße, Hausnummer   |  |
| PLZ, Wohnort   |  |
| Familienstand  | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden |
| Geschlecht   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers  |
| Staatsangehörigkeit  |  |
| ggf. ausländerrechtl. Status   |  |
| <b>Vertretungsberechtigte/r</b>  | <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r                       |
| Name, Vorname  |  |
| Anschrift  |  |
| Telefonnummer<br>E-Mail  |  |
| <b>Person des Vertrauens</b>   | <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r                       |
| Name, Vorname  |  |
| Anschrift  |  |
| Telefonnummer<br>E-Mail  |  |

## 2. Angaben zur Einrichtung

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Name und Anschrift der Einrichtung |  |
|                                    |  |
|                                    |  |
| Geplanter Aufnahmetermin           |  |
| Zeitraumen                         | <input type="checkbox"/> Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit, Stunden pro Tag:   |
| Wie erreichen Sie die Einrichtung? | <input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> Bus/Bahn (ÖPNV)<br><input type="checkbox"/> zu Fuß/per Rollstuhl <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> mit dem eigenen Kfz – bitte teilen Sie uns mit, weshalb Sie keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen: |
|                                    |  |

## 3. Angaben zur Wohnung bei Mietwohnungen fügen Sie bitte eine Kopie des Mietvertrags und der letzten Nebenkostenanrechnung bei.

|                 |  |
|-----------------|--|
| Wie wohnen Sie? | <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> bei den Eltern/bei Angehörigen<br><input type="checkbox"/> Ambulant Betreute Wohnform <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen in Familien<br><input type="checkbox"/> besondere Wohnform: _____<br><input type="checkbox"/> seit wann: _____ |
|                 |  |
|                 |  |
|                 |  |

## 4. Leistungen anderer Rehabilitations- oder Sozialleistungsträger

|                     |   | Welche Leistung wurde bewilligt? | Ansprechpartner<br>Anschrift |
|---------------------|---|----------------------------------|------------------------------|
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                  |                              |
| Rentenversicherung  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                  |                              |
| Agentur für Arbeit  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                  |                              |
| Jugendhilfe         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                  |                              |
| Unfallversicherung  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                  |                              |
| Weitere:            |   |                                  |                              |

## 5. Einkommenserklärung

### Leistungen zum Lebensunterhalt

|   |   |
|---|---|
| Arbeitslosengeld I (SGB III), Grundsicherung SGB II                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Andere:   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

**Die nachfolgenden Fragen zum Einkommen müssen nur beantwortet werden, wenn keine Leistungen zum Lebensunterhalt bezogen werden.**

| Einkünfte des <u>Vorjahres</u>   | Jahresbeiträge |
|--|----------------|
| Einkünfte aus selbstständiger Arbeit                                     |                |
| Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit (Lohn, Gehalt, Werkstatt-Lohn) |                |
| Renten aller Art (auch ausländische Renten)                              |                |
| Kapitalerträge (Zinsen)  |                |
| Miet- und Pachteinnahmen   |                |
| Sonstige wiederkehrende oder einmalige Einkünfte                         |                |
| Sachbezüge   |                |
| Übergangsgeld/Ausbildungsgeld/Krankengeld                                |                |

Erhebliche Änderungen des Einkommens gegenüber dem Vorjahr

nein  ja, und zwar folgende

| <b>6. Vermögen des Antragstellers</b>                                     | Bank/Geldinstitut             | IBAN                        | Kontostand    |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Girokonten <input type="checkbox"/> nein                                  |                               |                             |               |
| Sparkonten <input type="checkbox"/> nein                                  |                               |                             |               |
| (Bau-)Sparverträge <input type="checkbox"/> nein                          |                               |                             |               |
| Konto/Treuhandkonto bei Leistungserbringern <input type="checkbox"/> nein |                               |                             |               |
| Geschäftsanteile <input type="checkbox"/> nein                            |                               |                             |               |
| Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> nein                               | Hersteller/Modell             | Baujahr/Kilometerstand      | Verkehrswert  |
|   |                               |                             |               |
| Lebensversicherung <input type="checkbox"/> nein                          | Versicherung                  | Versicherungs-Nr.           | Rückkaufswert |
|   |                               |                             |               |
| Wertpapiere <input type="checkbox"/> nein                                 | Wert:                         |                             |               |
|   |                               |                             |               |
| Haus-/Grundbesitz auch im Ausland <input type="checkbox"/> nein           | Art                           | Ort                         | Verkehrswert  |
|   |                               |                             |               |
| weiteres Vermögen <input type="checkbox"/> nein                           | Art                           | Bank                        | Wert/Guthaben |
|   |                               |                             |               |
| Erbansprüche  | Erbfall am                    | Name                        |               |
|   |                               |                             |               |
| Betriebsvermögen  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |               |

**Bitte legen Sie Nachweise über alle o.g. Vermögenswerte vor, z.B.:**

- Girokontoauszüge der letzten sechs Monate
- Sparbücher der letzten 10 Jahre
- Nachweise über sonstige Vermögenswerte
- Versicherungspolizen (mit Angabe des aktuellen Rückkaufswertes)
- Fahrzeugschein
- Grundbuchauszug

**Schenkung, Übergabe oder Verkauf größerer Vermögenswerte in den letzten 10 Jahren**

|                                | Empfänger / Käufer | Gegenstand (z.B. Haus- und Grundbesitz, Kfz, Barvermögen, Wertpapier usw.) | Wert |
|--------------------------------|--------------------|--|------|
| Schenkung / Übergabe / Verkauf |                    |  |      |

Ich habe in den letzten 10 Jahren keine größeren Vermögenswerte verschenkt, übergeben oder verkauft.

## 7. Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

**Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Leistungsgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse z.B. Arbeitsaufnahme, Leistungen Agentur für Arbeit usw. sowie Aufenthaltsverhältnisse sofort unaufgefordert mitzuteilen (Wohnortwechsel, Krankenhausaufenthalte und Kuren müssen sofort mitgeteilt werden, sonstige Abwesenheiten nur, wenn sie länger als drei Wochen dauern, z.B. Verwandtenbesuche).**

Die Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch I (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Mir ist bekannt, dass mir die beantragten Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagt werden können, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 SGB I). Ich bin darüber informiert, dass personenbezogene Daten im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Mir ist bewusst, dass ich Leistungen der Eingliederungshilfe ganz oder teilweise auch im Rahmen des Persönlichen Budgets beantragen kann.

Soweit für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich ist, bin ich mit einer Begutachtung durch das Gesundheitsamt einverstanden. Sollte ich Einwände dagegen haben, teile ich dies dem Sozial- und Inklusionsamt umgehend mit, damit mir alternative Sachverständige, die das Gutachten erstellen können, genannt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 8. Datenschutz

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch das Landratsamt Ravensburg (Sozial- und Inklusionsamt) nach Artikel 13 und Artikel 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf der Internetseite des Landratsamtes unter dem Menüpunkt „Sozial- und Inklusionsamt“ / „Informationsblätter und Hinweise zum Datenschutz nach Art 13 und 14 DSGVO“.  
Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen auch in Papierform.