

## Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in einer Förder- und Betreuungsgruppe (FuB)

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.

### 1. Antragsteller/in

Name, Vorname

### 2. Persönliche Daten des Antragstellers/Antragstellerin

Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite)

Geburtsdatum /

Geburtsort

Telefonnummer

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Familienstand

ledig    verheiratet    verwitwet    getrennt lebend    geschieden

Geschlecht

männlich    weiblich    divers

Staatsangehörigkeit

ggf. ausländerrechtl. Status

**Vertretungsberechtigte/r**

keiner    Erziehungsberechtigte/r    Betreuer/in    Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

**Person des Vertrauens**

keiner    Erziehungsberechtigte/r    Betreuer/in    Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

### 3. Angaben zur Werkstatt für behinderte Menschen bzw. zur Förder- und Betreuungsgruppe

Name und Anschrift der Einrichtung	
Aufnahme im	<input type="checkbox"/> Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> Förder- und Betreuungsbereich
Geplanter Aufnahmetermin	
Zeitraumen	<input type="checkbox"/> Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit, Stunden pro Tag:
	Im Regelfall erfolgt die Beschäftigung/Betreuung in der WfbM in Vollzeit. eine Beschäftigung in Teilzeit ist nur aus wichtigen Gründen möglich. Bitte geben Sie ggf. die Gründe für eine geplanten Teilzeitbeschäftigung an:
Wie erreichen Sie die Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> Bus/Bahn (ÖPNV) <input type="checkbox"/> zu Fuß/per Rollstuhl <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> mit dem eigenen Kfz – bitte teilen Sie uns mit, weshalb Sie keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen:

### 4. Angaben zur aktuellen Wohnform

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

## 5. Leistungen anderer Rehabilitations- oder Sozialleistungsträger

		Welche Leistung wurde bewilligt?	Ansprechpartner 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:			

## 6. 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

## 7. 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.