



Landkreis Northeim
Fachbereich 34

Eingangsstempel

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene

Aktenzeichen: 34.5032

Antrag auf folgende Leistung(en):

- ☐ Leistungen zur sozialen Teilhabe (z.B. Qualifizierte Assistenz, besondere Wohnform)
☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Werkstatt)
☐ Leistungen zur Teilhabe an Bildung ☐ Leistungen zur medizinische Rehabilitation
☐ Ich möchte keine spezielle Leistungsform auswählen. Bitte um Beratung.
☐ Angaben zur aktuellen Situation (freiwillig)

Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Kostenträger bewilligt oder abgelehnt?

☐ Ja (wann/wo)

☐ Nein

Oder

Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Kostenträger beantragt?

☐ Ja (wann/wo)

☐ Nein

Oder

Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

☐ Ja (wann/wo/welche)

☐ Nein

Persönliche Angaben

Familienname, Ehefrau, Geburtsname

Vorname

Geschlecht

☐ w ☐ m ☐ d

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft Seit wann:
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere (Bitte Abschnitt für „ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen)
Steueridentifikationsnummer	
Telefon-Nr.: Mobil: E-Mail:	
Beruf/ Beschäftigung	
Arbeitsfähig?	☐ Ja ☐ Nein, Grund:
Anschrift	
Bei der angegebenen Adresse handelt es sich um die Anschrift	☐ meiner eigenen Häuslichkeit (Nachweise beifügen) ☐ der stationären Pflegeeinrichtung, in der ich lebe ☐ der besonderen Wohnform, in der ich lebe (Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen)
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	☐ Ja ☐ Nein, unter folgender Anschrift

Bisherige Aufenthaltsverhältnisse

Tatsächliche Aufenthalte in den letzten sechs Monaten

Anschrift	von	bis

Gesetzliche Betreuung

Ist eine gesetzliche Betreuerin oder ein gesetzlicher Betreuer bestellt?

☐ Ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen) ☐ Nein

Name	
Vorname	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

Daten des Partners

(Ehegatte/-in, Lebenspartners/-in, eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft)

Name	
Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Weitere im Haushalt lebende Angehörige

(Kinder, Eltern, Pflegekind, Schwester/Bruder)

	1	2	3
Familienname, Ehe-name, Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsgrad			

Weitere außerhalb vom Haushalt lebende Angehörige

(Kinder, Eltern, Pflegekind, Schwester/Bruder)

	1	2	3
Familienname, Ehe- name, Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsgrad			

Für Ausländische Staatsangehörige (Bitte Nachweise beifügen)

Welche Staatsangehörigkeit/en haben Sie?	
Aufenthaltsstatus (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung etc.)	
Gültigkeit	

Einkommen (Einkünfte des Vorvorjahres; Bitte Nachweise beifügen)

Art des Einkommens	Ja	Nein	€ mtl.
Brutto-Erwerbseinkommen	☐	☐	
Unterhaltsleistungen von	☐	☐	
Miet- und Pachteinnahmen	☐	☐	
Pension/Ruhegehalt/Hinterbliebenenversorgung	☐	☐	
Ansprüche aus Altenteils- und Übergabeverträge	☐	☐	
Zinseinnahmen	☐	☐	
Unterhaltsvorschuss	☐	☐	
Altersrente	☐	☐	
Berufsunfähigkeitsrente	☐	☐	
Erwerbsminderungsrente	☐	☐	
Unfallrente	☐	☐	
Witwen- u. Waisenrente	☐	☐	
Zusatzrente	☐	☐	
Arbeitslosengeld (SGB III)	☐	☐	
Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	☐	☐	
Kranken-/Mutterschaftsgeld	☐	☐	
Kindergeld	☐	☐	
Berufsausbildungsbeihilfe	☐	☐	
Bundesausbildungsförderungsgesetz	☐	☐	
Pflegeversicherungsleistungen (SGB XI)	☐	☐	
Landesblindengeld/Blindenhilfe	☐	☐	
Elterngeld	☐	☐	
Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe)	☐	☐	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	☐	☐	
Leistungen der Kriegsofferfürsorge	Ja	Nein	€ mtl.
Grundrente (MdE %)	☐	☐	
Ausgleichsrente	☐	☐	
Ehegattenzuschlag	☐	☐	
Berufsschadenausgleich	☐	☐	
Elternrente	☐	☐	
Leistungen für Vertriebene/ geflüchtete Menschen	Ja	Nein	€ mtl.
Unterhaltshilfe	☐	☐	
Entschädigungsrente	☐	☐	
Sonstiges Einkommen	Ja	Nein	€ mtl.
	☐	☐	

Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

Art des Vermögens	Ja	Nein	Wert in €
Bargeld	☐	☐	
Girokonto	☐	☐	
Sparguthaben	☐	☐	
Wertpapiere/Aktien	☐	☐	
Bausparguthaben	☐	☐	
Sterbegeldversicherung	☐	☐	
Lebensversicherung	☐	☐	
Bestattungsvorsorge	☐	☐	
Hausgrundstücke/ sonst. Grundstücke	☐	☐	
Kunstgegenstände/Schmuck	☐	☐	
Aus Schmerzensgeld	☐	☐	
Kraftfahrzeuge	☐ ja ☐ nein Kennzeichen: Hersteller: Typ: Baujahr: Kilometerstand: Zeitwert: €		
Sonstiges Vermögen (Erbansprüche, Schenkung, Veräußerung)	☐ ja ☐ nein		

Kranken- und Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen)

Besteht eine Krankenversicherung?	☐ Ja ☐ Nein
Name der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Versicherungsart	☐ Pflichtversicherung ☐ Familienversicherung über: ☐ private Krankenversicherung ☐ freiwillige Krankenversicherung ☐ keine
Pflegegrad	☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt Seit wann:
Welche Leistungen der Pflegeversicherung werden erhalten?	☐ Pflegegeld ☐ Pflegesachleistung ☐ Entlastungsbetrag ☐ Kombination von Geldleistung u. Sachleistung

Behinderung (Bitte Nachweise (aktuelle Diagnosen und Medikation, Befunde einer Fachklinik und Facharzt der letzten 2 Jahre) beifügen)

Art der Behinderung	
Seit wann:	
Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?	☐ Ja, (bitte Nachweise beifügen) ☐ Nein ☐ beantragt Am:
Ursache der Behinderung	☐ durch Geburt ☐ seit Geburt ☐ durch Unfall ☐ durch Dritte ☐ durch Impfschaden ☐ unbekannt ☐ Straftat ☐ sonstige:
Bestehen Schadenersatzansprüche?	☐ Ja (Bitte Nachweise beifügen) ☐ Nein Gegen wen:
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	☐ Ja (Bitte Nachweise beifügen) Gegen wen: ☐ Nein
Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren	☐ Ja (Bitte Nachweise beifügen) ☐ Nein Wann/Wo:

Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?

- ☐ Ja
☐ Nein

Falls ja, nach welchem Gesetz?

- ☐ Bundesversorgungsgesetz (BVG)
☐ Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
☐ Zivildienstgesetz (ZDG)
☐ Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG)
☐ Häftlingshilfegesetz (HHG)
☐ Infektionsschutzgesetz (IfSG)
☐ Opferentschädigungsgesetz (OVG)
☐ Bundesgrenzschutzgesetz
☐ Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz
☐ Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz
☐ Unterhaltshilfe für Angehörige von Kriegsgefangenen

Bankverbindung

Kreditinstitut	IBAN	BIC
Kontoinhaber	Antragsteller: ☐ Ja ☐ Nein	Name, Vorname

Bestätigung

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei der Berechnung und Zahlbarmachung der Eingliederungshilfe/Sozialhilfe Daten verarbeitet werden. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Darlegungen in diesem Antrag sowie durch Unterlassen einer späteren Mitteilung über etwaige Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Eingliederungshilfe/Sozialhilfe strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss. Die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) gesetzlich geregelt.

Von den diesem Antrag beigefügten Informationen zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und der Mitwirkungspflicht habe ich Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass der Landkreis Northeim die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag, oder Teile davon, an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann. Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.

Insbesondere stimme ich der Weitergabe an das Gesundheitsamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Northeim zu und erlaube hiermit gleichzeitig, dass dort etwaige vorliegende Erkenntnisse zu meiner Person in die Beurteilung bzw. Gutachtenerstellung einfließen dürfen.

Ich willige ein, dass der Landkreis Northeim die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans, an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.
Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben.

--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Ggf. Unterschrift Betreuer/-in/
Bevollmächtigte/-n/

Bitte denken Sie daran, den Antrag vollständig auszufüllen und Ihre Angaben durch die notwendigen Nachweise zu belegen. Fehlende Angaben und Unterlagen müssen nachgefordert werden und verzögern die Bearbeitung.

Merkblatt

Informations- und Transparenzpflicht nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

Die von Ihnen gem. § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen nach § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) i.V.m. §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c DSGVO. Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67 d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff SGB IX).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist. Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Landkreis Northeim
Medenheimer Str. 6/8
37154 Northeim
Tel.: +49 (05551) 708 0
E-Mail: info@landkreis-northeim.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten für den Landkreis Northeim:

Kommunale Dienste Göttingen KDG-(KAöR)
Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r
Paulinerstr. 14
37073 Göttingen
Telefon: +49 (0551) 384 4125
E-Mail: datenschutz.landkreis-northeim@kdgoe.de

Aufsichtsbehörde für Niedersachsen:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon: +49 (0511) 120 45 00; Fax: +49 (0511) 120 45 99
E-Mail: poststelle@fd.niedersachsen.de