

**Antrag auf Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)
in einer teilstationären Einrichtung**



Hiermit wird ab dem _____ die Übernahme der Betreuungskosten in der

Werkstatt für behinderte Menschen
 Tagesstätte für psychisch kranke Menschen
 Tagesförderstätte

_____ beantragt.
(Name und Anschrift der Einrichtung)

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Geburtsdatum	Familienstand	Nationalität	Telefonnummer
Krankenkasse			
Rechtl. Betreuer / Betreuerin		Anschrift	
(bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)			

Schwerbehindertenausweis: nein ja, Grad der Behinderung _____ %
(bitte Kopie des Ausweises beifügen)

Ist die Behinderung ursächlich zurückzuführen auf einen Unfall / Verkehrsunfall / Impfschaden ?

nein ja, Ursache, Beteiligte

Ich nehme an der Verpflegung / am Mittagessen in der Einrichtung

teil und zwar an _____ Tagen im Monat nicht teil

Angaben zu den Einkommensverhältnissen:

Das **monatliche** Einkommen des leistungsberechtigten Menschen beträgt:

a) Werkstattgehalt _____ Euro

Sonstiges Einkommen (falls vorhanden):

b) Erwerbsunfähigkeitsrente _____ Euro

c) _____ Euro

Zinseinkünfte (falls vorhanden):

d) _____ Euro monatlich jährlich

(Zum Einkommen zählen neben Rente und Erwerbseinkünfte u.a. auch Zinseinkünfte aus Vermögen, Einkünfte aus Vermietungen, Sozialleistungen, Übergangsgeld, Werkstattgehalt sowie sonstiges Einkommen)

Bitte fügen Sie Nachweise über sämtliche Einkünfte (Gehaltsbescheinigungen, Pensionsbescheinigungen, Rentenbescheide, Zahlungsbelege über Firmenrenten, etc.) als Anlage bei!

Beziehen Sie Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII oder Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?

nein ja, in Höhe von _____ Euro
(bitte Kopie beifügen)

Wurde von Ihnen eine Sozialleistung (Grundsicherung, Erwerbsunfähigkeitsrente, etc.) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

nein ja, und zwar _____

Leisten Sie Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen (Haftpflichtversicherung, Lebensversicherungen, Riesterrete)?

nein ja **(bitte Kopie beifügen)**

Hiermit bescheinige ich, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich mit einer strafrechtlichen Verfolgung zu rechnen habe, sofern der Tatbestand des Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch gegeben ist. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass medizinische und psychologische Gutachten sowie sonstige Unterlagen, soweit sie für die Entscheidung über die Hilfegewährung erforderlich sind, dem Sozialhilfeträger zur Kenntnis gegeben werden dürfen.

Ort

Datum

Unterschrift des Leistungsempfängers
bzw. des Betreuers / der Betreuerin

Bitte zurück an:

Kreisverwaltung Mainz-Bingen
Abt. Soziale Hilfen
Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim am Rhein

Unterschrift + Stempel der Einrichtung
(WfbM, Tast, Tafö)

Sand: 10/2017