

An den Kreis Viersen - Sozialamt - Rathausmarkt 3 41747 Viersen	Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 SGB IX - Behindertenfahrdienst -
---	--

Erstantrag Folgeantrag

Angaben zum Antragsteller:			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort	Straße, Hausnummer		
Telefon	E-Mail	Familienstand	
zugezogen am	von	Staatsangehörigkeit	
krankenversichert bei	Anschrift		

Angaben zum Ehepartner / Lebenspartner:			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort	Straße, Hausnummer		
Beschäftigt als/bei	Krankenversichert bei	Staatsangehörigkeit	

Wenn Sie Ausländer/in bzw. Asylbewerber/in sind, bitte Kopie des Passes mit der Aufenthaltserlaubnis /Duldung vorlegen.

Kinder im Haushalt	1	2	3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			

Weitere Angaben zum Antragsteller:

Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche (z. B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalls oder Impfschadens eingetreten ist)

ja nein

Es bestehen

Keine weiteren Ansprüche

Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

als Familienangehörige/r als Waise

Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz

als Familienangehörige/r als Waise

Ansprüche nach dem Zivildienstgesetz

als Familienangehörige/r als Waise

Liegt ein Behindertenausweis vor?

ja, GdB von _____% Merkmale: aG H BI RF 1.KI G B T VB EB

nein Eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht beantragt.

Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?

ja, bei _____ nein

Art der Behinderung (Vorlage aktueller ärztlicher Unterlagen)**vorrangige Behinderung**

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

zusätzlich begleitende Behinderung

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

seelische Behinderung

Suchterkrankung

Begründung zur Notwendigkeit des Behindertenfahrdienstes (Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte weitere Begründung auf gesondertem Blatt)

Betreuung/Vollmacht			
Nimmt ein/e Betreuer/in oder ein/e Bevollmächtigte/r Ihre Interessen wahr?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, bitte nachfolgende Felder ausfüllen! Bitte legen Sie die Bestellungsurkunde oder Vollmacht vor.			
Name, Vorname			
Adresse			
Telefon		Fax	
E-Mail			

Angaben zum Einkommen (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)						
<input type="checkbox"/> Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.						
Art:			Antragsteller/in € pro Monat			Partner/in € pro Monat
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Witwen- bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Werks- / Zusatz- / Privatrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Angaben zum Einkommen (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

Art:			Antragsteller/in € pro Monat			Partner/in € pro Monat
Miet- / Pachteinahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wohngeld nach dem Wohn- geldgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen für hochgradig Sehbehinderte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blindengeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonder- / Weihnachts- zuwendung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Steuererstattung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

	Bestehen:		Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Weitere Versicherungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte legen Sie Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

Bargeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Girokonto Auszüge der letzten 3 Monate lückenlos vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Wurde ein Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Raten- sparvertrag usw.) in den letz- ten 10 Jahren aufgelöst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflle- geheim)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Vorsorgebetrag in €
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Aktueller Rückkaufwert in €
Sterbeversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Aktueller Rückkaufwert in €
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Aktueller Rückkaufwert in €
Wertpapiere (Anlage- form/Institut)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wert in €

Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte legen Sie Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Pflichtteil, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Ansprüche aus Erbschaften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €
Sonstiges Vermögen und zwar:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €

Angaben zu ImmobilienSind Sie, Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien? ja nein

Art der Immobilie	Lage der Immobilie Bitte Adresse angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe a) Grundstücksfläche (in m ²) b) Wohnfläche (in m ²)
Hauseigentum		a) _____ b) _____
Wohneigentum		a) _____ b) _____
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a) _____ b) _____
Sonstige Flächen 1		a) _____ b) _____
Sonstige Flächen 2		a) _____ b) _____

Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen

Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja, in den letzten 10 Jahren ja, vor über 10 Jahren nein

Haben Sie, Ihr/e Partner/in jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

ja nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen "ja" angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte/r (Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag, Urteil, etc. vor)

Anspruch auf Wohnrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nießbrauch, Leibrente und sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Erläuterung:

Kosten der Unterkunft (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)			
Kaltmiete (Betrag)	Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten: (z. B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung)		Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag):
Wohnungsgröße gesamt/m ²	Anzahl der Räume	davon untervermietet	
		leer Räume <input type="checkbox"/>	möbliert Räume <input type="checkbox"/>
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)			monatlicher Betrag
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen		Energieart <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme	
		darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Einnahmen aus Untervermietung (monatlicher Betrag)	
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Haushalten enthalten)			
(monatlicher Betrag)	<input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung	<input type="checkbox"/> mit Warmwasserbereitstellung	zu zahlen an (auch Kundennummer)
Mieter der Wohnung	Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichen von Personenzahl auf S. 1)	In den letzten 24 Monaten verstorbene Haushaltsangehörige (Name, Vorname, Sterbedatum)	
Erhalten Sie Leistungen vom Landschaftsverband Rheinland? (z. B. betreutes Wohnen, persönliches Budget)?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:			

Schweigepflichtentbindung:
Sollten keine Arzt- bzw. Therapieberichte vorliegen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese durch das Kreissozialamt Viersen eingeholt werden können. Außerdem wird der behandelnde Arzt dem Kreissozialamt Viersen gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Ort, Datum
Unterschrift

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (Sozialamt des Kreises Viersen) mitzuteilen habe.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches XII (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Die Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderungen mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Einwilligungserklärung

Ich bin mit der Verarbeitung der von mir auf der Durchschrift des Antragsvordruckes (einschl. Rückseite) gemachten Angaben in den von der Beratungsstelle geführten Akten und automatisierten Dateien einverstanden. Die Weitergabe persönlicher Daten an den örtlichen Sozialhilfeträger erfolgt lediglich zum Zweck der Abrechnung der durch die Beratungsstelle erbrachten Leistungen. Die Angaben in den Akten und automatisierten Dateien werden für statistische Auswertungen verwandt. Die statistischen Auswertungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form, also ohne Angaben von Namen, Geburtsdaten und Anschrift. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Angabe der persönlichen Daten auf der Rückseite der Durchschrift des Antragsvordruckes freiwillig erfolgt. Die Einwilligungserklärung kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum
Unterschrift

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – SGB I - Mitwirkung des Leistungsberechtigten -

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. Alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder der Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,
- können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.

(2) ...

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf die Folgen schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch

§ 263 Betrug

(1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch falsche Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren

(4) ...