

Stadt Freiburg im Breisgau  
 - Amt für Soziales –  
 Abteilung 3 - Eingliederungshilfe  
 Postfach  
 79095 Freiburg im Breisgau



Sachgebiet/ Ansprechpartner\_in (falls bekannt/ vorhanden) \_\_\_\_\_

## Erhebungsbogen/ Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

### 1. Personendaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Anschrift	
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige _____
Liegt ein Aufenthaltstitel vor?	<input type="checkbox"/> Ja, Art des Aufenthaltstitels: _____ gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja, GdB _____ % Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Nein

### 2. Gesetzliche\_r Betreuer\_in/ Bevollmächtigte\_r (Bitte Nachweis beifügen)

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer / E-Mail- Adresse	

### 3. Bisherige Aufenthaltsverhältnisse Tatsächliche Aufenthalte (muss nicht unbedingt mit der polizeilichen Meldeadresse übereinstimmen) in den letzten 6 Monaten

Ort	von	bis

**4. Bisheriger Leistungsanspruch Eingliederungshilfe**

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Stadt- oder Landkreis erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, von folgendem Stadt- /Landkreis: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
---	--

**5. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

Beziehen Sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)?	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Behörde: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
---	---

**6. Behinderung**

Art der Behinderung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> Sucht <input type="checkbox"/> nicht bekannt/ keine Angabe
Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Schadenersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja, ggf. gegen wen: _____ <input type="checkbox"/> Nein

**7. Vorrangige Leistungen**

Erhalten Sie oder Personen in Ihrem Haushalt Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz (z.B. BVG, OEG)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

**8. Kranken- und Pflegeversicherung**

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Name Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ist beantragt
Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Kombination aus Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja, Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____ <input type="checkbox"/> Nein

**9. Leistungen weiterer Rehabilitationsträger**

Reha-Träger		Anschrift, Kunden-/ Versichertennummer
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**10. Bankverbindung, auf die die Hilfe ggf. überwiesen werden kann:**

Name der Bank		
Kontoinhaber_in		
IBAN	BIC	

**11. Sonstiges (nur bei Erstantrag zu beantworten)**

Warum und wofür werden Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt?	
Bestand bereits Kontakt zu einem Leistungserbringer? Falls ja, zu welchem?	

**Beratung**

Wenn Sie Fragen haben oder eine Beratung wünschen, können Sie sich gerne bei uns melden. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0761/ 201- 3702.

**Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX)**

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

**Persönliches Budget**

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX in Anspruch genommen werden können. Bitte beachten Sie hierbei: Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung der Eingliederungshilfe, sondern nur eine bestimmte Form der Leistungserbringung.

### Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung

Im Rahmen der Antragstellung bedarf es Ihrer Mitwirkung. Sie sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Trägers der Eingliederungshilfe der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Nachweise/ Urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen,
- sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Ihre Mitwirkungspflicht bezieht sich auch auf weitere Einwilligungserklärungen, die wir ggf. im Zusammenhang mit einem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren noch von Ihnen einholen müssen.

### Hinweis zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG). Rechtsgrundlage für die Erhebung sind Artikel 6 Abs. 1e DS-GVO i.V.m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Sie ist zulässig, da sie zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich ist. Die Datenschutzbestimmungen und die Datenschutzinformationen der Stadt Freiburg finden Sie unter [https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise\\_zum\\_Datenschutz\\_Sozialhilfe.pdf](https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise_zum_Datenschutz_Sozialhilfe.pdf).

### Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich durch dieses Antragsformular auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungsverpflichtung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Ich verpflichte mich hierdurch, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **ohne Aufforderung, unverzüglich und vollständig mitzuteilen**.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass das Amt für Soziales der Stadt Freiburg berechtigt ist, Überweisungen auf mein Bankkonto zurückzurufen, soweit Überweisungen zu Unrecht erfolgt sind und das Bankkonto eine ausreichende Deckung aufweist.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller\_in

\_\_\_\_\_  
Ggf. Unterschrift Betreuer\_in/ des/r  
Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Ggf. Unterschrift Betreuer\_in/ des/r  
Bevollmächtigten