

**Kurzantrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe - für geflüchtete behinderte Menschen aus der Ukraine**

1	Name:	Ggf. Geburtsname:
2	Vorname:	
3	Geburtsdatum:	Geschlecht: (m/w/d)
4	Straße, Hausnummer:	
5	PLZ:	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme in besondere Wohnform:
6	Staatsangehörigkeit:	Einreise nach Deutschland am:

7	<p><b>Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - bzw. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe? Hierbei handelt es sich um Leistungen für Ihren Lebensunterhalt, i.d.R. durch das Sozialamt Ihres gegenwärtigen Aufenthaltsortes.</b></p> <p>Name und Anschrift der Behörde:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja _____ (Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!)</p> <p>Name und Anschrift der Behörde:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein _____ (Bitte Kopie des Ablehnungsbescheides bzw. der Aufenthaltserlaubnis oder Fiktionsbescheinigung beifügen!)</p>
---	---

**Die Unterstützung soll erfolgen:**

8	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform/im Wohnheim	Name und Anschrift (der besonderen Wohnform/des Wohnheims/Leistungsanbieter Betreutes Wohnen/Pflegefamilie):	(voraussichtlich) ab:
9	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Betreuten Wohnens		
10	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien)		
11	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen	Name und Anschrift (der Werkstatt für behinderte Menschen):	(voraussichtlich) ab:
12	<input type="checkbox"/> in der Tagesförderstätte <input type="checkbox"/> in der Tagesstätte <input type="checkbox"/> in einer Tagesstruktur in besonderen Wohnformen/Wohnheimen	Name und Anschrift (der Tagesförderstätte/der Tagesstätte/der besonderen Wohnform/des Wohnheims):	(voraussichtlich) ab:

<b>Liegt eine Vollmacht vor bzw. besteht eine Vormundschaft?</b> (Bitte Kopie der Vollmacht oder Nachweis beifügen!)	
13	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____
14	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____
15	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____

**Anspruch gegen Dritte**

<b>Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung?</b>	
	Name, Anschrift: _____ Versicherungs-Nr.: _____
16	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
17	<input type="checkbox"/> Nein

**Erklärung der antragstellenden Person oder des/der rechtlichen Vertreters/in, falls diese/r Antragsteller/in ist:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach §§ 60 - 67 SGB I bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialleistung erforderlich ist.

Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

**Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I).** Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betrug möglich ist.

**Die gesonderten Datenschutzhinweise** zu den Informationspflichten des LWV Hessen nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82 und 82a SGB X (hier abrufbar: <https://www.lwv-hessen.de/datenschutzerklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-sgb/>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person  
bzw. ihrer/ihreres Bevollmächtigten sowie Vormunds,  
falls diese/r Antragsteller/in ist