

Antrag auf Leistungen der Betreuung in einer Tagesstätte für Menschen mit seelischer Behinderung

(Anschrift des Kostenträgers)

(Adressstempel der Tagesstätte:)

geplanter Aufnahmetag:

1. Angaben zur Person

Name (ggf. Geburtsname), Vorname (Rufname bitte unterstreichen):

Geburtsdatum:

Geburtsort und -kreis:

Staatsangehörigkeit: (bei Ausländern
Kopie des Passes mit Aufenthaltserlaubnis o.ä. beifügen):

Straße, Hausnummer: (bei Bewohnern von Einrichtungen: Adresse vor Aufnahme)

Postleitzahl:

Wohnort:

zugezogen am/von:

Name und Adresse der Einrichtung: (bei Bewohnern von Einrichtungen)

Erhalten Sie Leistungen in Betreuten Wohnmöglichkeiten?
(Bitte nicht ausfüllen, wenn der LWV Hessen Kostenträger ist)

Ja. (Bitte Angabe des Kostenträgers und des Aktenzeichens)

Nein.

Familienstand: ledig

verheiratet

eingetragene Lebenspartnerschaft

verwitwet

getrennt lebend

geschieden seit: _____

Krankenversicherung bei: (Adresse/Krankenversicherungsnummer)

2. Angaben zur gesetzlichen Betreuung

Besteht gesetzliche Betreuung?

Ja.

Nein.

Wenn ja: Name, Anschrift und Telefonnummer, Fax, E-Mail-Adresse des Betreuers/der Betreuerin:

Wirkungskreis: (Kopie des Betreuerausweises beifügen)

3. Sonstige Angaben zur Person

Erlerner Beruf:

zuletzt ausgeübter Beruf:

Wann zuletzt im Arbeitsleben?

Bisherige Förderungsmaßnahmen (z.B. Maßnahmen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen)

von	bis	Name der Einrichtung	Kostenträger

4. Prüfung der Ansprüche gegenüber vorleistungspflichtigen Kostenträgern

4 a) Wird eine Unfallrente bezogen?

Ja.

Nein.

Name des Unfallversicherungsträgers:

Aktenzeichen:

4 b) Wird eine Rente vom **Versorgungsamt** bezogen? (nicht z.B. DRV (ehemals BfA, LVA))

Ja.

Nein.

Ist eine Rente beim Versorgungsamt beantragt worden?

Ja.

Nein.

Wenn ja: Art der Rente (Kriegsbeschädigte(r)/Kriegshinterbliebene(r)/Impfgeschädigte(r)/Opfer von Gewalttaten, z.B. sexueller Missbrauch etc.):

Name des Versorgungsamtes und Aktenzeichen:

4 c) Werden Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) **bezogen**?

Ja, bei

(zuständigen Leistungsträger bitte angeben)

in

Ort

Aktenzeichen:

Nein

Liegt eine Eingliederungsvereinbarung vor? Ja. (bitte beifügen)

Nein.

Sollte keine Vereinbarung vorliegen, werden wir zur Prüfung unserer Leistungsverpflichtung eine Stellungnahme des SGB II-Leistungsträgers anfordern.

Wurden Leistungen nach dem SGB II **beantragt**?

Ja, bei

(zuständigen Leistungsträger bitte angeben)

in

Ort

Nein (bitte Begründung)

5. Angaben zum Schwerbehindertenausweis

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?

Ja. (Bitte fügen Sie eine Kopie bei!)

Nein.

6. Fachärztliche Unterlagen

Fachärztliche Unterlagen (nicht älter als 12 Monate) sind beigelegt/liegen dem LWV bereits vor.

Fachärztliche Unterlagen werden umgehend nachgereicht.

7. Fahrtkosten

Fahrtkostenübernahme wird beantragt

Ja.

Nein.

(Datum)

(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters oder Betreuers)