

Anleitung

zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

I. Allgemeine Hinweise

Eingliederungshilfe wird nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (**SGB**) Neuntes Buch (**IX**) - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - geleistet. Zur Prüfung des Anspruches auf Eingliederungshilfe ist es erforderlich, dass detaillierte Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gemacht werden, soweit diese im Zusammenhang mit dem Eingliederungshilfeantrag von Bedeutung sind. Eingliederungshilfe wird nach § 91 SGB IX grundsätzlich nachrangig geleistet, d. h. Eingliederungshilfe erhält nur, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

Der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen ist nach dem Hessischen Ausführungsgesetz zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch (HAG/SGB IX) sachlich zuständig für die Eingliederungshilfeleistungen für Personen nach Beendigung der Schulausbildung. Dazu gehören auch die in diesem Zusammenhang notwendigen pflegerischen Leistungen nach vorheriger Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Wir bitten um Verständnis dafür, dass die Fragestellungen recht umfangreich sind. Dies ist notwendig, um die Leistungen in der notwendigen Höhe bewilligen zu können. Dabei ist zu beachten, dass der LWV Hessen die Leistung nur unter Berücksichtigung des aus dem Einkommen zu leistenden Beitrages sicherzustellen hat.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie die Fragen vollständig beantworten und fügen Sie erbetene Belege in Fotokopie bei, um die ansonsten notwendigen Rückfragen und damit verbundene Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden.

Für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen nach **telefonischer Vereinbarung** gern zur Verfügung. Unsere Kontaktdaten finden Sie auf Seite 2.

II. Bestandteile des Eingliederungshilfeantrages

Zu dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX gehören der **Grundantrag GEGH** sowie die **Anlage E (Kinder)**.

Bei Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen, bei einem anderen Leistungsanbieter, bei einem Budget für Arbeit oder bei einem Budget für Ausbildung ist zusätzlich die **Anlage THA** erforderlich.

Sofern ein Bedarf zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges besteht, ist die **Anlage Kfz** zu nutzen.

Die **Anlage Hochschulbildung** ist bei Unterstützungsleistungen während des Studiums notwendig.

Die **Anlage M** (Merkblatt über die **Mitwirkungspflichten**, Auszug aus dem Sozialgesetzbuch) erhalten Sie zu Ihrer Information zur Beachtung und zum Verbleib.

Das **Vorblatt GEGH** soll Ihnen die Übersendung des Antrages an uns erleichtern und eröffnet Ihnen Raum für weitere Mitteilungen.

III. Zuständigkeit

Der LWV Hessen, überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe, besteht aus drei Verwaltungen, die nach regionalen Gesichtspunkten in Kassel, Darmstadt und Wiesbaden angesiedelt sind.

Innerhalb der Regionalverwaltungen verteilt sich die Zuständigkeit auf vier regionale Teilhabe-Fachbereiche und einen überregionalen Fachbereich wie folgt:

Kassel

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel
Telefon 0561 1004 - 0

Fachbereich 204 Teilhabe Nord-Ost

zuständig für:

Stadt Kassel
Landkreis Kassel
Werra-Meißner-Kreis
Landkreis Waldeck-Frankenberg
Schwalm-Eder-Kreis
Landkreis Hersfeld-Rotenburg
Landkreis Fulda

Fachbereich 205 Teilhabe Mitte

zuständig für:

Landkreis Marburg-Biedenkopf

Darmstadt

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe
Steubenplatz 16
64293 Darmstadt
Telefon 06151 801 - 0

Fachbereich 207 Teilhabe Südost

zuständig für:

Stadt Darmstadt
Stadt Offenbach
Landkreis Offenbach
Landkreis Groß-Gerau
Landkreis Darmstadt-Dieburg
Main-Kinzig-Kreis
Odenwaldkreis
Landkreis Bergstraße

Fachbereich 205 Teilhabe Mitte

zuständig für:

Wetteraukreis
Vogelsbergkreis

Wiesbaden

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der
Eingliederungshilfe
Frankfurter Straße 44
65189 Wiesbaden
Telefon 0611 156 - 0

Fachbereich 206 Teilhabe Südwest

zuständig für:

Stadt Frankfurt
Stadt Wiesbaden
Rheingau-Taunus-Kreis
Main-Taunus-Kreis
Landkreis Limburg-Weilburg
Hochtaunuskreis

Fachbereich 205 Teilhabe Mitte

zuständig für:

Landkreis Gießen
Lahn-Dill-Kreis

Fachbereich 203 Überregionale Leistungen

hessenweit zuständig für:

Hilfsmittel
Leistungen für ein Kraftfahrzeug
Hilfen zur Hochschulbildung
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Bitte beachten Sie folgendes:

- Sollte noch nicht feststehen, wo die Unterstützung erfolgen soll, ist der Antrag an die Regionalverwaltung zu richten, in deren Bereich die antragstellende Person ihren Wohnort hat.
- Bei Leistungen in einer besonderen Wohnform, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagesförderstätte, Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen etc. ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich die Unterstützung stattfinden soll.
- Bei Leistungen im Betreuten Wohnen ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich sich der Ort befindet, an dem das Betreute Wohnen erfolgen soll.
- Bei Leistungen in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien) ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich die Pflegefamilie wohnt.
- Bei Hilfsmitteln, Leistungen für ein Kraftfahrzeug, Hilfen zur Hochschulbildung und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ist zentral der Fachbereich Überregionale Leistungen (Regionalverwaltung Wiesbaden) zuständig.

IV. Grundantrag GEGH

Sabine Musterfrau ist am 02.04.1999 geboren, ledig, hat keine Kinder und lebt bei ihren Eltern. Sie arbeitet seit 01.09.2017 in einer Werkstatt für behinderte Menschen und beantragt die Unterstützung in einer besonderen Wohnform des Trägers B. in Kassel.

Durch ihre Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen erzielt sie einen Werkstattlohn inkl. Arbeitsförderungsgeld von 160,00 € monatlich. Parallel zu diesem Antrag hat sie beim Sozialamt der Stadt Kassel einen Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung inkl. eines Mehrbedarfs für das in der Werkstatt für behinderte Menschen einzunehmende Mittagessen gestellt.

Zeile 1 bis 7:

1	Name: Musterfrau		Ggf. Geburtsname:	
2	Vorname: Sabine			
3	Geburtsdatum: 2.4.1999	Geburtsort und -kreis: Kassel		
4	Geschlecht: (m/w/d)	Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):		
5	Straße, Hausnummer: Frankfurter Str. 107			
6	PLZ: 34121	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme: Kassel		
7	Telefon: 05611 2734863	(mobil):	E-Mail-Adresse:	Fax:
Bitte mindestens eine Telefonnummer angeben!				

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift, gegebenenfalls die letzte Anschrift vor Aufnahme in die besondere Wohnform, ein. Bitte achten Sie darauf, die Fragen detailliert zu beantworten. **Bitte geben Sie hier mindestens eine Telefonnummer an, damit wir uns zur Durchführung der Bedarfsermittlung bzw. Teilhabeplanung mit Ihnen in Verbindung setzen können.**

Zeile 8:

Im weiteren Verfahren ist eine Beratung über mögliche Leistungsanbieter und andere Unterstützungsmöglichkeiten im Sozialraum und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Leistungsanbietern vorgesehen.

8	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Unterstützung in folgenden Bereichen (Mehrfachauswahl möglich)		
	<input type="checkbox"/> Wohnen/Haushalt führen	<input type="checkbox"/> Alltag gestalten	<input type="checkbox"/> mit anderen Menschen umgehen
	<input type="checkbox"/> Arbeiten und Lernen	<input type="checkbox"/> Körperpflege/Gesundheit	<input type="checkbox"/> weitere (bitte eintragen)
	▶		
	▶		
	▶		
	▶		

Soweit gewünscht, nehmen Sie hier bitte entsprechende Eintragungen vor.

Zeile 9 bis 15:

Es ist nicht erforderlich, bereits in diesem Antrag konkrete Wünsche/Vorstellungen anzugeben, in welcher Form und durch wen die Unterstützung erfolgen soll.

9	<input type="checkbox"/> Ich habe folgende konkrete Wünsche/Vorstellungen für die beantragte Unterstützung		
10	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform	Name und Anschrift (der besonderen Wohnform/ Leistungsanbieter Betreutes Wohnen/Pflegefamilie):	(voraussichtlich) ab:
11	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Betreuten Wohnens		
12	<input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien)		
13	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen	Name und Anschrift (Werkstatt/anderer Leistungsanbieter/Arbeitgeber):	(voraussichtlich) ab:
	<input type="checkbox"/> durch einen anderen Leistungsanbieter		
14	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Budgets für Arbeit		
	<input type="checkbox"/> im Rahmen des Budgets für Ausbildung (hier ergänzend Anlage THA - LWV 01-3-204 - ausfüllen)		
15	<input type="checkbox"/> in einer Tagesförderstätte	Name und Anschrift (der Tagesförderstätte/der Tagesstätte/der besonderen Wohnform):	(voraussichtlich) ab:
	<input type="checkbox"/> in einer Tagesstätte		
	<input type="checkbox"/> in einer Tagesstruktur in besonderen Wohnformen		

Wir bitten - soweit bereits bekannt - darum, den Namen und die vollständige Anschrift

1. des Trägers der besonderen Wohnform,
2. des Trägers des Betreuten Wohnens oder
3. der Familie zu benennen.

- Die besondere Wohnform stellt eine Unterstützung über Tag und Nacht sicher
- Betreutes Wohnen ist eine Leistung für Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Wohnung Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten.
- Leistungen in einer Pflegefamilie (Begleitetes Wohnen in Familien) wird für erwachsene Menschen mit Behinderungen erbracht, die in einer Familie aufgenommen werden und dort mit professioneller Begleitung durch einen Fachdienst Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Bei Bedarf sind Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beim örtlichen Träger der Sozialhilfe bzw. Grundsicherung beim zuständigen Jobcenter zu beantragen.
- Bei einer Werkstatt für behinderte Menschen bzw. einem anderen Leistungsanbieter wird die Beschäftigung im Rahmen eines arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisses sichergestellt.
- Budget für Arbeit ist ein Lohnkostenzuschuss an einen privaten oder öffentlichen Arbeitgeber. Der Arbeitgeber schließt mit dem Antragsteller, der einen Anspruch auf eine Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen hat, einen Arbeitsvertrag mit tarifvertraglicher bzw. ortsüblicher Entlohnung.
- Bei einem Budget für Ausbildung wird die Ausbildungsvergütung an einen privaten oder öffentlichen Arbeitgeber erstattet. Der Arbeitgeber schließt mit dem Antragsteller einen Vertrag über ein sozialversicherungspflichtiges Ausbildungsverhältnis in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder Ausbildungsgang. Der LWV Hessen kann Kostenträger für Personen sein, die aus dem Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen heraus eine Ausbildung beginnen möchten.
- Eine Tagesförderstätte, eine Tagesstätte oder eine Tagestruktur in besonderen Wohnformen stellt die Unterstützung regelhaft über die Werkstage sicher.

Zeile 16:

16	Weitere Teilhabeleistungen: <input type="checkbox"/> z. B. zur Aufrechterhaltung des Haushaltes; Leistungen zur Beförderung; Versorgung mit Hilfsmitteln. Benötigt wird: <input type="checkbox"/> Leistungen für ein Kfz (hier ergänzend Anlage KFZ - LWV 01 - 3 - 206 - ausfüllen) <input type="checkbox"/> Leistungen zur Hochschulbildung (hier ergänzend Anlage Hochschulbildung - LWV 01 - 3 - 215 - ausfüllen)
----	--

Weitere Teilhabeleistungen können bei Bedarf zusätzlich zu den bereits bewilligten Eingliederungshilfeleistungen im Betreuten Wohnen, im Begleiteten Wohnen in Familien, in besonderen Wohnformen, in einer Werkstatt für behinderte Menschen bzw. Tagesförderstätte etc. oder als separate Leistung beantragt werden.

Zu den weiteren Teilhabeleistungen gehören u. a. die Leistungen der sozialen Teilhabe nach Teil 2 Kapitel 6 SGB IX wie zum Beispiel Begleitung bei Sport-/Kulturveranstaltungen, Übernahme von Fahrtkosten, behinderungsbedingte Hilfen zur Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts, die Leistungen zur Hochschulbildung, die Leistungen für ein Kraftfahrzeug.

Auch Leistungen zur Deckung eines pflegerischen Bedarfs können zu den weiteren Teilhabeleistungen gehören, wenn bereits Eingliederungshilfe außerhalb einer besonderen Wohnform erbracht wird. Nach § 103 Abs. 2 SGB IX sind die Leistungen der häuslichen Pflege nach Kapitel 7 SGB XII, soweit sie nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt werden können, von den Leistungen der Eingliederungshilfe umfasst.

Zeile 18:

18	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 10, 11, 12, 13, 15 und 16 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.
----	---

Es besteht auch die Möglichkeit, die unter den Zeilen 10, 11, 12, 13, 15 und 16 genannten Leistungen als Persönliches Budget zu beantragen. Das bedeutet, dass Sie die beantragte Leistung, sofern Sie einen entsprechenden Bedarf und Anspruch haben, in Form einer Geldleistung ausgezahlt bekommen. Mit diesem Betrag können Sie sich die Leistung bei einem Anbieter Ihrer Wahl einkaufen. Die individuellen Ziele und deren Umsetzung sind mit dem LWV Hessen in einer Zielvereinbarung festzulegen.

Zeile 19:

19	Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfeleistungen bekommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Anschrift der Bewilligungsbehörde:
----	---

Sollten Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe von einem anderen Eingliederungshilfeträger außerhalb von Hessen erhalten haben, bitten wir Sie, sich dorthin zu wenden, da dieser zuständig ist. Sollte dies der Fall sein, ist das Ausfüllen dieses Antrages entbehrlich. (Siehe auch Hinweise zu Zeile 30 bis 31).

Zeile 20 bis 24:

20	Die Unterstützung erfolgt <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> auf Antrag des/der <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Vormunds <input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> aufgrund folgender Rechtsgrundlage _____ Az. des Gerichts: _____ <small>(bitte angeben, z. B.: § 1831 BGB)</small>
Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Betreuerausweis/Vollmacht beifügen!)	
21	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____
22	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____
23	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____
24	Bestellung durch Amtsgericht: _____ (Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)

Was müssen Sie eintragen?

Soweit ein Betreuungsverhältnis, eine Bevollmächtigung oder eine Vormundschaft besteht oder beantragt ist, ist dies einzutragen.

Zeile 25 bis 27:

Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt?	
25	<input type="checkbox"/> Nein
26	<input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____
27	- beantragt am: _____ bei: _____
(Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen! Bei Antrag auf Budget für Arbeit, bitte ebenfalls Kopie des Feststellungsbescheid beifügen!)	

Was müssen Sie eintragen?

Soweit bei dem zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder ausgestellt wurde, ist dies einzutragen.

Zeile 30 bis 31:**Aufenthaltsverhältnisse**

Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Antragstellung (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort (Zeile 5/6) übereinstimmt):			
	von	bis	Straße, Ort
30	_____	_____	_____
31	_____	_____	_____

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte die genaue(n) Anschrift(en) Ihrer Aufenthaltsverhältnisse (Wohnorte) der letzten beiden Monate vor der Aufnahme ein. Sie sind besonders wichtig, um die örtliche Zuständigkeit des LWV Hessen überprüfen zu können.

Sollten Sie in den letzten 6 Monaten vor der Antragstellung beim LWV Hessen Leistungen von einem anderen Eingliederungshilfeträger außerhalb Hessens erhalten haben, liegt die örtliche Zuständigkeit des LWV Hessen nicht vor.

Aussiedler, Vertriebene und Asylberechtigte müssen hier ihre Anerkennung nachweisen.

Zeile 32 bis 35:

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	
Bestehen Ansprüche nach dem SGB XIV, BVG oder analog anzuwendender Gesetze (z. B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?	
32	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ bei: _____
33	<input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Geschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern) (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Geschädigte/r nach den vorgenannten Gesetzen?	
34	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ bei: _____
35	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Was müssen Sie eintragen?

Die Frage, inwieweit Sie oder ein/e Familienangehörige/r Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XIV, Bundesversorgungsgesetz oder analog anzuwendender Gesetze (z. B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz) haben, ist erforderlich, da unter Umständen ein anderer Leistungsträger, z. B. der Träger der Sozialen Entschädigung, ganz oder teilweise zur Leistung verpflichtet sein könnte.

Zeile 36 bis 50:

Anspruch gegen Dritte	
Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?	
36	<input type="checkbox"/> Nein
Name, Anschrift: _____ Versicherungs-Nr.: _____	
37	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, bei: <u>AOK Hessen</u> <u>347863</u>
38	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> als Fam.-Angehörige/r des/der _____
39	<input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V
40 Ist bereits ein Pflegegrad (PG) festgesetzt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5 (Bitte Kopie des Bescheides über die Festsetzung des Pflegegrades und sofern vorhanden, Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes beifügen!)	
Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?	
41	<input type="checkbox"/> Nein
42	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden?	
43	<input type="checkbox"/> Nein
Name, Anschrift: _____ Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.: _____	
44	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, bei: <u>DRV Hessen</u> <u>120204394584</u>
Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?	
45	<input type="checkbox"/> Nein
46	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	
47	<input type="checkbox"/> Nein
48	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben!) <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche geltend gemacht gegen: _____ am: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (Bitte Namen und Anschrift des Schädigers und, falls bekannt, auch dessen Haftpflichtversicherung angeben!)
Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den/der Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)	
49	<input type="checkbox"/> Nein
50	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____

Was müssen Sie eintragen?

Diese Angaben werden benötigt, da Leistungen Dritter einer Leistung der Eingliederungshilfe immer vorgehen.

Zeile 51 bis 55:

Angaben zu Angehörigen im Haushalt lebende/r Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in			
51	Name:	Ggf. Geburtsname:	
52	Vorname:	Geburtsdatum:	
53	Telefon: _____ (mobil): _____	E-Mail-Adresse: _____	Fax: _____
54	ausgeübter Beruf:		
55	Arbeitgeber:		

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte, soweit zutreffend, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sowie Partner/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ein und achten Sie auf vollständige Angaben.

Zeile 56 bis 60:

Kind(er) (im Haushalt lebend)				
	Ggf. abweichender Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	(für weitere Kinder bitte gesonderte Aufstellung beifügen)
56				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)
57				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)
58				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)
59				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)
60				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte, soweit zutreffend, alle im Haushalt lebenden Kinder ein und achten Sie auf vollständige Angaben.

Zeile 61 bis 70:

Eltern (nur bei minderjährigen Antragstellern)			
		Vater	Mutter
61	Name, ggf. Geburtsname:		
62	Vorname:		
63	Geburtsdatum:		
64	ggf. Sterbedatum:		
65	Straße, Haus-Nr.:		
66	PLZ, Wohnort:		
67	Telefon/Mobil/Fax:		
68	E-Mail-Adresse:		
69	ausgeübter Beruf:		
70	Arbeitgeber:		

Was müssen Sie eintragen?

Bei minderjährigen Antragstellern/innen tragen Sie bitte die Eltern ein und achten Sie auf vollständige Angaben.

Frau Musterfrau erhält von der Werkstatt B. einen Lohn inkl. Arbeitsförderungsgeld von 160,00 € monatlich. Weitere monatliche Ausgaben z. B. für Versicherungen hat sie nicht. Da sie noch bei ihren Eltern wohnt entstehen auch keine Mietausgaben.

Zeile 71 bis 75:

Einkommensverhältnisse

(Wichtig: Bitte fügen Sie Belege bei!)

Wird eine Leistung für ein minderjähriges unverheiratetes Kind beantragt, entfällt die Beantwortung der Zeilen 71 bis 81.
Verwenden Sie stattdessen bitte die Anlage E (Kinder)!

71 Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII (z. B. Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung) oder Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (WoGG) oder Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)?

72 ☐ Ja ☒ Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bei. Sie müssen keine weiteren Angaben machen.

Wenn nein, beachten Sie bitte folgende Punkte/Fragen:

Einkommen des Vorvorjahres (vorletztes Kalenderjahr)

Liegt Ihnen der Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres vor?

☐ Ja ☒ Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Bescheid bei.

Wenn nein, werden Sie gebeten die Einkünfte zu benennen, über die Sie im Vorvorjahr verfügt haben.
Bei Verheirateten, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften, bei Partnern/innen in eheähnlicher oder lebenspartnerähnlicher Gemeinschaft bitte auch die Einkünfte des Ehegatten, des/der Lebenspartners/in, des/der Partners/in aufführen.

Bitte jeweils Belege beifügen!

73	Einkünfte (brutto) des Vorvorjahres	Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
<input checked="" type="checkbox"/>	Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	1.920 € jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Renten (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen Erwerbsminderung etc.)	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapitalvermögen	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Pflegegeld	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	sonstige Einkünfte (z. B. Kindergeld)	€ jährlich	€ jährlich

74 Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?

☐ Ja ☒ Nein

Wenn ja, bitte Belege beifügen und erhebliche Abweichung begründen!

75 Wurde eine **Rente**, eine Lohnersatzleistung (z. B. **Arbeitslosengeld, Krankengeld, Übergangsgeld**) oder eine andere Sozialleistung (z. B. **Bürgergeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII**) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

☐ Nein

☒ Ja, und zwar

Beantragte Leistung:

Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:

Grundsicherung

Sozialamt Stadt Kassel

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte **sämtliche Einkommen**, Renten oder Lohnersatzleistungen von Ihnen und Ihrem Ehegatten, Ihrer/Ihrem Lebenspartner/in, Partner/in ein.

Sollten Sie existenzsichernde Leistungen, Wohngeld oder BAföG beziehen, ist mit dieser Bestätigung unter Beifügung des Bescheides des Trägers der existenzsichernden Leistungen, der Wohngeldstelle oder des BAföG-Amtes das Ausfüllen der Einkommensverhältnisse (Zeile 71 bis 81) mit Zeile 72 beendet.

Sollten Sie über Einkommen verfügen, hat der Gesetzgeber bestimmt, dass der Eingliederungshilfeträger das Einkommen des Vorjahres (vorletztes Kalenderjahr)* bei der Berechnung eines Beitrages aus Ihrem Einkommen zu berücksichtigen hat.

(* Beispiel: Wird der Antrag am 18.06.2021 gestellt, ist das Einkommen des Kalenderjahres 2019 zu berücksichtigen!)

Sollte sich Ihr Einkommen zu dem des Vorjahres erheblich verändert haben, bitten wir dies unter Randziffer 74 zu vermerken und zu begründen.

Die Angabe des Einkommens des Ehegatten, Ihres/Ihrer Lebenspartners/in, Ihres/Ihrer Partners/in ist notwendig. **Es wird nicht in Anspruch genommen!**

Die Höhe ist jedoch von Bedeutung, um festzustellen, ob bei der Berechnung Ihres Beitrages die dafür zu berücksichtigenden Grenzen erhöht werden können.

Zeile 76 bis 81:

Ausgaben/Werbungskosten (Bitte Belege beifügen!)

		Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
76			
77	<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	€ jährlich	€ jährlich
78	<input type="checkbox"/> Aufwendungen für Arbeitsmittel	€ jährlich	€ jährlich
79	<input type="checkbox"/> Beiträge für Berufsverbände	€ jährlich	€ jährlich
80	<input type="checkbox"/> Beiträge für Versicherungen	€ jährlich	€ jährlich
81	<input type="checkbox"/> Sonstiges	€ jährlich	€ jährlich

Was müssen Sie eintragen?

In den genannten Zeilen tragen Sie bitte die jährlichen Beträge ein. Bitte geben Sie Aufwendungen für Arbeitsmittel und Fahrtkosten getrennt an. Sofern Sie nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Ihrem Arbeitsplatz gelangen, nennen Sie bitte die Art des benutzten Verkehrsmittels sowie die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle. Bei Versicherungen geben Sie bitte insbesondere den Versicherungsgrund an.

Frau Musterfrau hat ein Sparkonto bei der Volksbank Kassel-Göttingen in Kassel mit einem Kontostand von 9.845 €.

Zeile 82 bis 87:

Vermögensverhältnisse der antragstellenden Person sowie bei minderjährigen unverheirateten Kindern die der Eltern. (Wichtig: Bitte fügen Sie Belege bei!)	
82	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze/n folgendes Vermögen (Bitte Belege beifügen!)
83	a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der antragstellenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____</div> <div>Betrag: _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____</div> <div></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____</div> <div>Betrag: _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____</div> <div></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____</div> <div>Betrag: _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____</div> <div></div> </div> <div style="text-align: center;">(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)</div>
84	b) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):
85	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum: Anschrift: _____ Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____ Grundstücksgröße in m²: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
86	d) Sonstiger Grundbesitz: Art, Lage, Verkehrswert: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
87	e) Sonstiges Vermögen (z. B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche, Pflichtteilsansprüche)

Was müssen Sie eintragen?

In den genannten Zeilen ist das bei Antragstellung **tatsächlich vorhandene** Vermögen der antragstellenden Person aufzuführen. Werden Teilhabeleistungen für ein minderjähriges Kind beantragt, ist auch das Vermögen der Eltern einzutragen.

Zeile 88 bis 89:

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)			
Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre			
88	<input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.		
89	<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen	<input type="checkbox"/> veräußert:	<input type="checkbox"/> übertragen: <input type="checkbox"/> verschenkt:
Bezeichnung:		Wert:	Datum:
an (Name, Anschrift):			
(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)			

Was müssen Sie eintragen?

Diese Fragen sind für die Sozialleistung von besonderer Bedeutung: So regelt beispielsweise das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in § 528, dass die Rückforderung eines Geschenkes innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren möglich ist.

IV. Anlage E (Kinder)

Diese Anlage ist auszufüllen, wenn für ein minderjähriges Kind eine Teilhabeleistung beantragt wird, das bereits die Schulausbildung beendet hat und somit nicht mehr der örtliche Träger der Eingliederungshilfe (hessische Landkreise bzw. kreisfreien Städte) zuständig ist.

Zeile 90 bis 99:

90	<p>Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII (z. B. Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung) oder Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (WoGG) oder Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte den Bewilligungsbescheid bei. Sie müssen keine weiteren Angaben machen.</p> <p>Wenn nein, beachten Sie bitte folgende Punkte/Fragen:</p> <p>Einkommen des Vorvorjahres (vorletztes Kalenderjahr)</p> <p>Liegt Ihnen der Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte den Bescheid bei.</p> <p>Wenn nein, werden Sie gebeten, die Einkünfte zu benennen, über die Sie im Vorvorjahr verfügt haben.</p> <p>Bitte jeweils Belege beifügen!</p>			
91	Einkünfte (brutto) des Vorvorjahres	Antragstellende Person	Eltern	
			Mutter	Vater
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Renten (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen Erwerbsminderung etc.)	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapitalvermögen	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Pflegegeld	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
<input type="checkbox"/>	sonstige Einkünfte (z. B. Kindergeld)	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich

Was müssen Sie eintragen?

Zur Vermeidung von Wiederholungen ist auf die Ausführungen zu den Zeilen 71 bis 81 zu verweisen, wobei hier neben den Angaben der antragstellenden Person noch die Angaben der Eltern hinzukommen.

92 Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Belege beifügen und erhebliche Abweichung begründen!

93 Wurde eine **Rente**, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (z. B. Bürgergeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar

Beantragte Leistung:

Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:

Ausgaben/Werbungskosten (Bitte Belege beifügen!)

94		Antragstellende Person	Eltern	
			Mutter	Vater
95	<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
96	<input type="checkbox"/> Aufwendungen für Arbeitsmittel	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
97	<input type="checkbox"/> Beiträge für Berufsverbände	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
98	<input type="checkbox"/> Beiträge für Versicherungen	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich
99	<input type="checkbox"/> Sonstiges	€ jährlich	€ jährlich	€ jährlich

V. Anlage THA

Tobias Mustermann, geboren am 20.06.2000, besucht die Werkstatt der Baunataler-Diakonie Kassel ab dem 01.08.2017. Für die Zeit vom 01.08.2017 bis 31.10.2019 hat die Agentur für Arbeit in Kassel die Kosten für den Besuch der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) übernommen. Ab dem 01.11.2019 wechselt Herr Mustermann in den Produktionsbereich. Herr Mustermann lebt gleichzeitig im Betreuten Wohnen des gleichen Trägers in Kassel - Waldau. Die Kosten trägt der Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich 204 in Kassel. Die Kostenübernahme wurde mit Bescheid vom 01.08.2017 unter dem Geschäftszeichen 204.1.00-10/12745 ausgesprochen.

Zeile 100 bis 104:

Antrag vom:	Name, Vorname der antragstellenden Person:	Geb.-Datum:
	Mustermann, Tobias	20.06.2000

**Anlage THA: Eingliederungshilfe im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
(Werkstätten für behinderte Menschen/andere Leistungsanbieter/Budget für Arbeit/Budget für Ausbildung)**

100	Name der Werkstatt für behinderte Menschen/des anderen Leistungsanbieters:	
	Baunataler Diakonie Kassel e.V.	
101	Beginn der Maßnahme/Beginn des Arbeitsverhältnisses:	Arbeitszeit:
	01.11.2019	<input checked="" type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe der Stunden
102	Fachbereich:	
	<input type="checkbox"/> Arbeits-/Produktionsbereich <input type="checkbox"/>	
103	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit/Budget für Ausbildung	
	Name, Anschrift des Arbeitgebers:	Bankverbindung des Arbeitgebers:
	Bitte fügen Sie Ihren Feststellungsbescheid/Gleichstellungsbescheid ggf. mit Schwerbehindertenausweis in Kopie mit bei. Diese Unterlagen werden für das Budget für Arbeit benötigt, damit sich das LWV Hessen Integrationsamt aus Mitteln der Ausgleichsabgabe am Lohnkostenzuschuss sowie an den Kosten der Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz beteiligen kann.	
104	Bisherige Förderungsmaßnahme/n (z. B. Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen/eines anderen Leistungsanbieters):	
	von: 01.08.2017 bis: 31.10.2019 in: Baunataler Diakonie Kassel	
	Kostenträger dieser Maßnahme: Agentur für Arbeit, Kassel	
	von:	bis: in:

Was müssen Sie eintragen?

Hier ist die genaue Bezeichnung und Anschrift der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), für die ein Kostenübernahmeantrag gestellt wird, anzugeben. Mit „Beginn der Maßnahme“ in Zeile 101 wird derjenige Zeitpunkt abgefragt, ab dem die Kostenübernahme durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen, überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe, beantragt wird. Näheres hierzu erfahren Sie von der aufnehmenden bzw. betreuenden Werkstatt für behinderte Menschen.

Zeile 105 bis 114:

	Ist/Wird gleichzeitig eine Unterstützung in einer besonderen Wohnform beantragt bzw. durchgeführt?
105	<input type="checkbox"/> nein
106	<input type="checkbox"/> ja, Name der besonderen Wohnform: _____
107	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? _____
108	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: _____

	Ist/Wird gleichzeitig eine Leistung im Betreuten Wohnen beantragt bzw. erhalten Sie diese bereits?
109	<input type="checkbox"/> nein
110	<input checked="" type="checkbox"/> ja, bei folgendem Träger: <u>Barnataler Diakonie Kassel</u>
111	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? <u>LWV Hessen, Fachbereich 204</u>
112	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: <u>01.08.2017, 204.1.00 - 10 12745</u>

Einverständniserklärung zur Datennutzung durch das LWV Hessen Integrationsamt	
<p>Das LWV Hessen Integrationsamt kann sich im Rahmen des Budgets für Arbeit an dem Lohnkostenzuschuss beteiligen, sofern eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung im Sinne des § 151 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) vorliegt. Gleiches gilt bei etwaigen Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 SGB IX.</p> <p>Sollte keine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung im Sinne des § 151 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) vorliegen, wird das LWV Hessen Integrationsamt eine Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für den Träger der Eingliederungshilfe bei etwaigen weiteren Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX vornehmen.</p> <p>Diesen Hintergrund zur Kenntnis nehmend, bin ich damit einverstanden, dass das LWV Hessen Integrationsamt dafür die in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeicherten personenbezogenen Daten zur Durchführung dieser Prüfung nutzen darf.</p> <p>Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.</p>	
113	<input type="checkbox"/> ja
114	<input type="checkbox"/> nein
 _____ Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreter/in bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist	

Was müssen Sie eintragen?

Neben der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen möchte die betreffende Person in einer eigenen Wohnung selbstständig leben. Da Herr Mustermann eine Unterstützung benötigt, wurden Leistungen des Betreuten Wohnens beantragt. Wir benötigen daher die Angabe des Trägers des Betreuten Wohnens sowie der gegebenenfalls bestehenden Kostenzusicherung mit Aktenzeichen des LWV Hessen.

Entsprechendes gilt, wenn Sie Unterstützung in einer besonderen Wohnform erhalten bzw. beantragt haben.