

Name, Vorname:
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
- Überörtlicher Träger der  
Eingliederungshilfe -

## VORBLATT GEGH

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zeichen des LWV Hessen (falls bekannt)

\_\_\_\_\_

### Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegenden vordruckmäßigen Eingliederungshilfeantrag erhalten Sie mit der Bitte um baldige Entscheidung.  
(Raum für weitere Mitteilungen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname:	_____
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	_____
Telefon:	_____
E-Mail-Adresse:	_____
	Fax: _____

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)  
Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe**

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

**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)
	▶		
	▶		
	▶		
	▶		

**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 Leistungsan- bieter/Arbeitgeber):	(voraussichtlich) ab:
14	<input type="checkbox"/> durch einen anderen Leistungsanbieter		
	<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			

	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			

## Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

32	Bestehen Ansprüche nach dem SGB XIV, BVG oder analog anzuwendender Gesetze (z. B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?	
	<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 Beschädigte/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!)	

## Anspruch gegen Dritte

36	Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?	
	<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Anschrift:	Versicherungs-Nr.:
37	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	
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!)	
43	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?	
	<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Anschrift:	Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.:
44	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	
	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!)	
47	Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	
	<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!)	
49	Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den/der Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)	
	<input type="checkbox"/> Nein	
50	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	

**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:		

**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)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
57				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
58				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
59				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
60				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos

**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:		

## 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 type="checkbox"/>	Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	€ 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!

<b>75</b>	Wurde eine <b>Rente</b> , eine Lohnersatzleistung ( <b>z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Übergangsgeld</b> ) oder eine andere Sozialleistung ( <b>z. B. Bürgergeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII</b> ) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?		
	<input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar		
	Beantragte Leistung:	Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:	
	_____	_____	
	_____	_____	

**Ausgaben/Werbungskosten (Bitte Belege beifügen!)**

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

## 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	<b>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!):</b>  IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____  Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____  IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____  Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____  IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____  Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens: _____  (Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)
84	<b>b) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):</b>

85	<b>c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:</b> Anschrift: _____  Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____  Grundstücksgröße in m <sup>2</sup> : _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
86	<b>d) Sonstiger Grundbesitz:</b> Art, Lage, Verkehrswert: _____  Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
87	<b>e) Sonstiges Vermögen (z. B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche, Pflichtteilsansprüche)</b>

### 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:
	Bezeichnung:	Wert:	Datum:
an (Name, Anschrift): _____			
(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)			



### **Einkommensverhältnisse**

Zur Berechnung des Eigenbeitrages einer volljährigen antragstellenden Person ist es wichtig zu erfahren, ob sie zum Zeitpunkt der beantragten Leistung in einem gemeinsamen Haushalt mit einem Ehegatten, einem/einer eingetragene/r Lebenspartner/in, einem/einer Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft gelebt hat. Bei minderjährigen unverheirateten Kindern ist die Anlage E (Kinder) zu nutzen und um die Angaben der Eltern zu ergänzen. Sie ist Bestandteil dieses Antrages.

### **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 Betruges 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 /datenschut-zerklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-sgb/](https://www.lwv-hessen.de/datenschut-zerklaerung/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/ihrer rechtlichen Vertreters/in/Vormund  
bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist

---