

An den
Kreis Stormarn
Der Landrat
Fachdienst Eingliederungshilfe 31/105
23840 Bad Oldesloe

Antrag auf Weitergewährung der Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII)

Hinweis: Füllen Sie den Vordruck bitte vollständig aus. Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen. Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragsvordruck geschehen.

Hiermit beantrage ich, _____, geb. _____,
(Vorname Name)

die Kostenübernahme der ambulanten teilstationären stationären

Betreuung durch _____
(Name der Einrichtung)

über den _____ hinaus.

Angaben zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen

- Anschrift: _____
- weitere Haushaltsangehörige: _____

Einkommensverhältnisse

- Monatl. Einkünfte und Ausgaben aller Haushaltsangehörigen (Art und Höhe):

Vermögensverhältnisse

- Kontostände Bank-/Sparkonten, Bausparverträge, Wertpapiere, Rückkaufswerte Versicherungen, Haus- und Grundbesitz zum Antragsdatum:

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der beteiligten Personen auf der 2. Seite zu bestätigen.

Erklärung der antragstellenden Person (oder der gesetzlichen Vertreter):

<ul style="list-style-type: none">• Wahrheit der Angaben Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.
<ul style="list-style-type: none">• Mitwirkungspflicht Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I - SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.
<ul style="list-style-type: none">• Datenschutz Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch X (SGB X) in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII, die Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b SGB X. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfeträger abgefordert. Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfeträgers ärztliche Berichte/Gutachten/Befunde befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, so erkläre ich mich damit einverstanden, dass der bisherige Sozialhilfeträger diese an das Sozialamt der jetzt zuständigen Gemeinde weiterleiten darf. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Kreis Stormarn, Fachdienst Sozialhilfe, meiner Wohngemeinde seine Entscheidungen als Durch-/ bzw. Zweitschrift des Bescheides übersendet.
<ul style="list-style-type: none">• Überleitung von Ansprüchen Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung des Schuldners die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gem. § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Ort, Datum

Unterschrift

Antragsteller/in bzw. Betreuer/in

Ort, Datum

Unterschrift

Ehegatte / Lebenspartner/in /
Lebensgefährtin/Lebensgefährte