

Kreis Wesel Der Landrat FD 50-1-3 Reeser Landstr. 31 46483 Wesel	Antrag auf Leistungen nach dem §§ 102 ff SGB IX Eingliederungshilfe		Datum
	Hilfesuchende/r	Mutter/ Sorgeberechtigte <input type="checkbox"/>	Vater/ Sorgeberechtigter <input type="checkbox"/>
beantragte Hilfe/n (z. B. Autismus- therapie)			
Familiennamen			
Geburtsnamen			
Vornamen			
Anschrift: Strasse, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon/E-Mail			
Geburtsdag			
Geburtsort			
Familienstand / seit			
Staatsangehörigkeit b. Ausländern: Status Aufenthaltsrecht bis... Leistungen nach dem Asylbewerber- leistungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bitte Bescheid beifügen.
Schulabschluss Berufsabschluss z. Z. berufstätig als arbeitslos seit			
Betreuer/Vormund Name, Vorname Anschrift PLZ – Ort Telefon			
Art der Behinderung oder Krankheit:			

Entstehungs- ursache (z. B. angeborenes Leiden, Unfall)			
Bestehen hinsichtlich der Behinderung Scha- densersatzansprü- che oder Sonstiges gegenüber Versicherungen oder anderen Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bitte Bescheid beifügen.
Schwerbehinder- tenausweis vom Versorgungsamt:	Datum	GdB –	Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1.KI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B
Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bitte Bescheid beifügen.
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/> Ja		Grad
	<input type="checkbox"/> Nein		
Antrags- begründung:			
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Kostenträger
			Kostenbeteiligungshöhe oder Ablehnung
			Bitte Bescheid beifügen.
Ort, Datum		Unterschrift Antragsteller/in oder gesetz. Vertreter/in	
Hinweis. Es ist die Unterschrift beider Sorgeberechtigter erforderlich.			