

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. Fahrdienst)			
Familiennamen			
Geburtsnamen			
Vorname			
Anschrift: Strasse, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon			
Geburtsdatum			
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:			

Entstehungsursache (z. B. angeborenes Leiden, Unfall)			
Bestehen hinsichtlich der Behinderung Schadensersatzansprüche oder Sonstiges gegenüber Versicherungen oder anderen Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bitte Bescheid beifügen.
Schwerbehindertenausweis 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	Bitte Bescheid beifügen.
	<input type="checkbox"/> Nein		
Antragsbegründung:			
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Kostenträger	
		Kostenbeteiligungshöhe oder Ablehnung	
			Bitte Bescheid beifügen.
Einkommens- und Vermögensprüfung §§ 135 ff SGBIX			
Hinweis: Bei Minderjährigen ist nur das Einkommen des Elternteils anzugeben, bei dem das Kind lebt.			
Einkommen Vorvorjahr (Antragsjahr minus 2 Jahre)	Bitte Lohnabrechnung und Einkommensteuerbescheid vom Vorvorjahr (Antragsjahr minus 2 Jahre vorlegen), alternativ Lohnabrechnung, Bescheid nach dem SGB II oder SGB XII		
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> Nein beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja Höhe:	Bitte Nachweise

Weitere Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieben, selbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Renten oder Unterhalt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Welche? Höhe: Bitte Nachweise beifügen.
Leben weitere Personen in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> unterhaltsberechtigter/s Kind/er Anzahl _____ Name/Geburtsdatum:
Haben Sie für andere Kinder in Ihrem Haushalt einen Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Name/Geburtsdatum:
Haben Sie Barvermögen? (Bargeld, Spar- oder Bankvermögen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: Bitte fügen Sie Nachweise bei (aktuelle Kontoauszüge etc.).
Besitzen Sie ein/mehrere KFZ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Anzahl _____ Notwendigkeit des KFZ (Arbeitsstätte x km entfernt etc.)

Weitere Vermögensgegenstände/Eigentum (Haus, Grundstücke, ...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Bitte Nachweise beifügen. Art und Wert: Offene Kredithöhe:
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift Antragsteller/in oder gesetz. Vertreter/in	
Hinweis. Es ist die Unterschrift beider Sorgeberechtigter erforderlich.			