

Eingliederungshilfegrundertrag

1. Beantragte Leistung

Beantragte Leistung:

2. Der Antrag wird gestellt für: - bitte in Großbuchstaben ausfüllen!

männlich
 weiblich
 diverses

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Nationalität	
Ausländerrechtl. Status	
<i>hierzu ist ein entsprechender Nachweis vorzubringen!</i>	

Beruf	
Familienstand	
Anzahl Kinder im Haushalt	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	
Telefonnr.	
Handynr.	
Faxnr.	
E-Mail	

ggfs. Einrichtung über Tag und Nacht

Institution	
Straße	

PLZ	
Ort	

3. Rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person

ggfs. Betreuungsurkunde und/oder Sorgerechtsnachweis vorlegen

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern | <input type="checkbox"/> Vormund/Pfleger |
| <input type="checkbox"/> Elternteil 1 | <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil 1 | <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuung/Bevollmächtigte Person |
| <input type="checkbox"/> Elternteil 2 | <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil 2 | |

	(Pflege-)Elternteil 1:
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	

	(Pflege-)Elternteil 2:
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	

4. Antragsart

- Erstantrag - Bitte vollumfänglich ausfüllen!
 Folgeantrag - Bitte nur Änderungen angeben!

5. Bisherige Unterstützung

- | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familienangehörige | <input type="checkbox"/> Jugendamt | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Partnerin/Partner | <input type="checkbox"/> Familienunterstützender Dienst | |
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Rechtliche Betreuung | |
| <input type="checkbox"/> Kontakt- und Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) | |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Kindertagespflege | |
| <input type="checkbox"/> Tageseinrichtung für Kinder | <input type="checkbox"/> Therapeutische Praxis | |

6. Schule, Ausbildung, Beruf

Schule	
erzielter Schulabschluss	
Berufsausbildung	
Hochschulausbildung	
zuletzt bzw. aktuell ausgeübte Tätigkeit	
Andere:	

7. Fachärztliche Anbindung

Praxis	Anschrift

Keine fachärztliche Anbindung

8. Art der Beeinträchtigung

aktuelle Arztberichte bitte beifügen!

körperliche Beeinträchtigung

seelische/psychische Beeinträchtigung

geistige Beeinträchtigung

Diagnosen nach ICD 10

--	--

Vorhandene
Hilfsmittelversorgung

--	--

9. Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Status Antrag

beantragt, aber noch nicht entschieden

nicht anerkannt

nicht beantragt

bewilligt

Aktueller Pflegegrad lt. Bescheid der Pflegekasse

1

2

3

4

5

Bitte letzten aktuellen Bescheid der Pflegekasse einschließlich des MDK-Gutachtens vorlegen!

Anmerkungen und Hinweise

Das MDK-Gutachten liegt bereits vor!

10. Schwerbehinderung

(falls vorhanden) Feststellungsbescheid und Schwerbehindertenausweis bitte beifügen!

Aktueller Grad der Behinderung	<input type="text"/>
Merkzeichen	<input type="text"/>

Feststellungsbescheid & Schwerbehindertenausweis liegen bereits vor.

11. Leistungen der Eingliederungshilfe und andere Leistungen

	beantragt/ verordnet	bewilligt	abgelehnt	nicht beantragt oder verordnet	Leistungsträger
Leistungen zur Pflege nach SGB XI					
<i>Besteht ein Anspruch/eine Bewilligung, bitte die bereits bestehenden Leistungen gemäß SGB IX benennen, die jetzt schon den Bedarf im Bereich der Pflege decken. Bescheide bitte beifügen!</i>					
Pflegesachleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tages- und Nachtpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entlastungsbetrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß SGB V					
Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrtkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physiotherapie/ Ergotherapie/ Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX					
Werkstatt für behinderte Menschen, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Leistungsanbieter, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Leistungen der Eingliederungshilfe					
Hilfen im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder zu dem Besuch weiterführender Schulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfen zu einer hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen zum Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistenzleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betreuung in einer Pflegefamilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	beantragt/ verordnet	bewilligt	abgelehnt	nicht beantragt oder verordnet	Leistungsträger
Weitere Leistungen					
Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftliche Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Leistungen, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bescheide der letzten 12 Monate vor Antragstellung bitte beifügen!

12. Defizitäre und unterstützungsbedürftige Lebensbereiche - *siehe Beiblatt (Leitfragen Lebensbereiche)*

In welchen Lebensbereichen benötigt der Antragsteller Unterstützung?

Lebensbereiche	Welche Defizite sind zu erkennen? Wo besteht Unterstützungsbedarf?	Was konnte durch die eingerichtete Hilfe erreicht werden?	Welches Ziel soll künftig erreicht werden?
Lernen & Wissens- anwendung		nur bei Folgeantrag !!	
Allgem. Aufgaben & Anforderungen			
Kommunikation			
Mobilität			
Selbstversorgung			

häusliches Leben			
interpersonelle Interaktionen & Beziehungen			
bedeutende Lebensbereiche			
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben			

Anmerkung:

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Bedarfsermittlung vom Rhein-Erft-Kreis erhobenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes verwendet werden. Ich wurde darüber informiert, dass mit meiner Zustimmung der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtplankonferenz gemäß § 119 SGB IX durchführen kann.

Ich habe davon Kenntnis, dass der Rhein-Erft-Kreis seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß §§ 14 und 15 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann. Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden. Ich bin darüber unterrichtet, dass die oben geforderten Unterlagen zu der weiteren Bearbeitung des Antrages auf Leistungen ergänzend vorzulegen sind.

Die erteilten Auskünfte im Rahmen der Antragstellung habe ich wahrheitsgemäß für mich und für die mit mir im Haushalt zusammenlebenden minderjährigen Kinder getätigt. Soweit sich die persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) ändern, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Des Weiteren bestätige ich hiermit den Erhalt des Informationsblattes zur Erhebung personenbezogener Daten und erkläre mich mit meiner Unterschrift mit denen vom Rhein-Erft-Kreis getroffenen Datenschutzregelungen im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden.



Hinweis: Bei einem alleinigen Sorgerecht ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen (ggfs. auch eine Geburtsurkunde). Sollte ein gemeinsames Sorgerecht vorliegen, so müssen beide Elternteile den Antrag unterschreiben.

Ort, Datum

Elternteil 1

Elternteil 2

Unterschriften der antragstellenden Personen bzw. der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift der rechtlichen Betreuung bzw. bevollmächtigten Person