



<b>Antrag auf Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben (Eingliederungshilfe nach dem SGB IX)</b>	Eingangsstempel
	Aktenzeichen
Gewünschte Leistung:	<input type="checkbox"/> Arbeitsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich bei einem Anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX <input type="checkbox"/> sonstiges:
In welcher WfbM/ bei welchem Leistungsanbieter	
Beginn:	
Begründung: (ggf. gesondertes Blatt verwenden)	
Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und <b>vollständig auszufüllen</b> . <b>Nichtzutreffende Felder sind deutlich zu streichen bzw. mit „Nein“ zu beantworten</b> . Die Richtigkeit aller Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.	

**1. Persönliche Verhältnisse**

1	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	
2	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)	
3	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Angabe
4	Geburtsdatum und Geburtsort/Kreis	(Geburtsdatum)      (Geburtsort/Kreis)
5	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit ..... <input type="checkbox"/> verwitwet
6	Ich bin Ausländer  (Wenn Ja, bitte Nachweise zum ausländerrechtlichen Status beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Staatsangehörigkeit: _____ Aufenthaltsstatus: _____ Asylberechtigte(r): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein anerkannter Flüchtling nach Genfer Konvention: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7	Wohnanschrift: Straße, Nr.  PLZ, Ort	
8	Telefonnummer (freiwillig; für Rückfragen)	
9	gesetzliche Betreuung  Vorname und Name Betreuer(in):  Straße, Nr., PLZ, Ort:  Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen!
10	Ich habe in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen vom Träger der Eingliederungshilfe in:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar dieser Art ..... .....

11	Ich habe in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Jugendhilfe bezogen (z. B. Hilfe zur Erziehung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar dieser Art .....
		vom Jugendamt in: .....
12	Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft	Schwerbehindertenausweis ist vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		ist derzeit beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		wird noch beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Bitte beidseitige Kopie des Schwerbehindertenausweises und Kopie des Feststellungsbescheides beifügen!
		anerkannter Grad der Behinderung (GdB): .....
	anerkannte Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI
13	Angaben zur Behinderung (Falls vorhanden, bitte ärztliche Unterlagen zur Behinderung beifügen!)	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung, Art: ..... <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht, Art: .....
		Art der Beeinträchtigung/medizinische Diagnosen (soweit bekannt): ..... ..... .....

## 2. Aufenthaltsverhältnisse

14	Aktuelle Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> in meiner Wohnung leben weitere Personen, die Eingliederungshilfe erhalten
15	Aufenthalte in den letzten 6 Monaten vor dieser Antragstellung bzw. vor der Aufnahme in die Wohnform oder dem Beginn der hiermit beantragten Leistung  (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflege-, Kinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.)	von                      bis                      Straße, PLZ, Ort
		..... ..... ..... .....

## 3. Fahrtkosten zur WfbM/dem Anderen Leistungsanbieter

Ich lege den täglichen Weg zwischen meinem Wohnort und meinem Arbeitsplatz mit folgendem Verkehrsmittel zurück:		
16	<input type="checkbox"/> Fahrdienst	einfache Entfernung:                      km
	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> Fahrrad	
	<input type="checkbox"/> selbst mit einem Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> als Mitfahrer in einem privaten Kraftfahrzeug	Tarif-Art: monatliche Kosten:                      EUR
	<input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Wochenkarten, Monatskarte, Abo-Monatskarte, Jahreskarten)	

## 4. Angaben zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

17	Art der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung, es handelt sich dabei um eine: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über folgenden Familienangehörigen: ..... (Name, Vorname)                      (Geburtsdatum)
		<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung

18	Name der Krankenkasse/ des Versicherungsunternehmens	.....
	Anschrift Krankenkasse/ Versicherungsunternehmen	.....
	Versichertennummer	.....
19	Ich habe Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich bin kinderlos
20	Angaben zur Pflegebedürftigkeit:	Ich habe einen Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: .....
	(Falls bereits vorhanden, bitte den Bescheid der Pflegekasse über die Feststellung eines Pflegegrades und das MDK-Gutachten beifügen!)	<input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde abgelehnt Bei mir wurde folgender Pflegegrad festgestellt: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 seit: .....
21	Ich beziehe folgende Renteneinkünfte:	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> Altersrente, und zwar: <input type="checkbox"/> rentenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> versicherungsfrei in der Rentenversicherung

### 5. Vorrangige Ansprüche

Aufgrund des Nachrangs der Eingliederungshilfe (§ 91 SGB IX) ist zu prüfen, ob für Sie vorrangige Ansprüche gegen einen Schädiger oder nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bestehen.

Dem Grunde nach anspruchsberechtigt nach dem BVG sind Kriegsbeschädigte und deren Hinterbliebene sowie behinderte Familienmitglieder des Beschädigten. Dies gilt auch für Beschädigte im Sinne der Gesetze, die die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des BVG vorsehen (sog. Nebengesetze). Dazu zählen u. a. Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Wehrdienstbeschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Impfgeschädigte nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG - früher Bundesseuchengesetz).

22	Was ist die Ursache Ihrer Behinderung? Ist die Behinderung auf einen Unfall oder eine andere schadenersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> Nein, die Behinderung ist ohne Fremdeinwirkung eingetreten (z. B. durch eine Erkrankung) <input type="checkbox"/> Ja, die Behinderung ist eingetreten durch: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> tätlichen Angriff (Gewaltverbrechen) <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Arzt- oder Hebammenfehler <input type="checkbox"/> sonstiges:
	Auf Grund der Schädigung wurden	<input type="checkbox"/> Schadenersatzansprüche geltend gemacht gegen .....
23	<input type="checkbox"/> Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft/dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht: .....	<input type="checkbox"/> keine Ansprüche geltend gemacht
	Sind Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen als Kriegsopfer im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Oder wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Erhalten Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze oder wurden solche Leistungen beantragt? Wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?	
	<input type="radio"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Zivildienstgesetz (ZDG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. Bundesseuchengesetz (BSeuchG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Weitere Entschädigungsgesetze, auch ausländische (bitte Gesetze bzw. Rechtsgrundlage angeben)		

Welche Person ist Kriegsopfer bzw. Empfänger dieser Versorgungsleistungen?	
Name, Vorname:	Geburtstag:
Verwandtschaftsverhältnis:	
Anschrift: Straße, Nr.	PLZ, Ort
Welche Stelle gewährt diese Leistungen bzw. bei welcher Stelle wurde der Antrag gestellt? Von welcher Stelle wurde der Antrag auf Anerkennung abgelehnt? Bitte geben Sie die volle Anschrift und das Aktenzeichen an und fügen Sie eine Kopie des entsprechenden Bescheides bei.	
<input type="text"/> <input type="text"/>	
sonstiges/weitere Mitteilungen:	
<input type="text"/> <input type="text"/>	

6. Bankverbindung		An Antragsteller(in) zu zahlende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:
24	IBAN	<input type="text"/>
25	BIC	<input type="text"/>
26	Name der Bank	<input type="text"/>
27	Name des Kontoinhabers	<input type="text"/>

## 7. Schlusserklärungen und Hinweise

**7.1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen und Angaben der Wahrheit entsprechen und lückenlos sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

**7.2. Mitwirkungspflichten**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Kommunalen Sozialverband Sachsen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

**7.3. Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.

**7.4. Geltendmachung von Ansprüchen**

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich informieren.

**7.5. Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
<input type="text"/>	<input type="text"/>