

Datum, _____

**Leistungen der Eingliederungshilfe
 (SGB IX)**

↓ Art der beantragten Hilfe
Fahrdienst für mobilitätseingeschränkte Menschen

Persönliche Verhältnisse	PZ 1	PZ 2	PZ 3
	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.
Antragsteller/in (Fahrdienstnutzer)		<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner*in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Leibliches Kind der Person Nr <input type="checkbox"/> sonstige Personen im Haushalt, Verwandtschaftsgrad angeben.
Familienname, Vorname auch Geburtsname			
Anschrift Telefon, Email (freiwillig)			
Geburtsdatum und -ort			
Familienstand		seit	seit
Staatsangehörigkeit			
Bei Ausländern/Spät- aussiedlern: Aufenthaltsrechtl. Status			
Vormund/ Betreuer/in: Name, Anschrift, Telefon (Kopie der Bestellungs- urkunde beifügen)			
Schwerbehinderten- ausweis (Kopie Ausweis und Bescheid beifügen)	gültig bis Buchstabe		
Leben Sie in einer besonderen Wohnform (z.B. Heim, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wer ist der Kostenträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wer ist der Kostenträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wer ist der Kostenträger
Falls ja, Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthalt)	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung

II. Kranken-/Pflegeversicherung des/ der Antragsteller/in	
Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)	
<input type="checkbox"/> Es besteht Pflegebedürftigkeit	Pflegegrad
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

III.	Einkommen		Bitte Einkommensnachweise vorlegen			
	1. Person		2. Person		3. Person	
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)						
Gewerbebetrieb						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Lastenzuschuss						
Renten/Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Fremdreten, o.ä.)						
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)						
Leistungen zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung der Stadt Oberhausen nach dem SGB XII						
Bürgergeld vom Jobcenter Oberhausen						
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld I, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)						
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)						
Sonstige Einkünfte						

IV.	Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII) im In- und Ausland			Bitte Nachweise vorlegen
	Art des Vermögens	1. Person	2. Person	3. Person
Bargeld				
Bank-/Sparguthaben (einschl. vermögenswirksame Leistungen)				
Wertpapiere/Aktien				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil)				
Hauseigentum/Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Sonstiges Vermögen (wie Forderungen gegen Dritte, Rente, Patente oder andere)				
Übertragung von Vermögen: Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ohne besonderen Vertrag (von wem auf wen) <input type="checkbox"/> Ja, siehe beigelegte Urkunde <input type="checkbox"/> Falls ja, wann: <input type="checkbox"/> In welcher Höhe:				
Personen, die über <u>kein</u> Bargeld, Guthaben oder sonstiges Vermögen verfügen: Nr.				

Antragsbegründung (z. B. Angaben zur Art der Behinderung und zum Hilfebedarf), ggf. Angaben zu Ziel und Art der Leistungen (Wünsche) und ggf. weitere relevante Daten:

Der Antrag auf Eingliederungshilfe wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB) und zu Unrecht gewährte Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte) auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Das Informationsblatt über die Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Datum:	↓ Unterschrift	aufgenommen durch:
Antragsteller*in oder ihr/sein gesetzliche/r Vertreter*in bzw. Betreuer*in		