

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

1. Antragstellende Person

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	

2. Anschrift/ Aufenthalt

Meldeanschrift:	
<input type="checkbox"/> bei Eltern <input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater <input type="checkbox"/> Pflege-/ Gastfamilie <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges	
aktueller Aufenthaltsort: <small>(falls abweichend zur Meldeanschrift)</small>	
Zeitraum d. Aufenthalts:	
Besonderheit d. Aufenthalts: <small>(z.B. Klinik, Obdachlosigkeit, Inobhutnahme)</small>	

3. Gesetzliche Vertretung

- Kindsmutter (alleiniges Sorgerecht)
- Kindsvater (alleiniges Sorgerecht)
- Eltern (gemeinsames Sorgerecht)
- Ergänzungspflegschaft
- Vormundschaft
- gesetzliche Betreuung
- keine gesetzliche Vertretung (Volljährige)
- Sonstiges – Angabe:

Bitte Nachweise beifügen.

→ Fortführung zu „3. Gesetzliche Vertretung“:

1. Person

Name:	
Vorname:	
Anschrift	
Telefon:	
E-Mail:	

2. Person

Name:	
Vorname:	
Anschrift	
Telefon:	
E-Mail:	

4. Antrag

Ich beantrage / wir beantragen im Fachbereich Teilhabe der Region Hannover Leistungen der Eingliederungshilfe nach...

- dem SGB IX vor Einschulung.
→ *hiermit sind alle Leistungen der Eingliederungshilfe vor Einschulung gemeint*
- dem SGB IX ab Einschulung bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.
→ *es liegt vermutlich eine (drohende) geistige oder körperliche Beeinträchtigung oder eine Sinnesbeeinträchtigung oder eine Mehrfachbeeinträchtigung vor*
- § 35a SGB VIII ab Einschulung bis zur Volljährigkeit.
→ *es liegt vermutlich eine reine seelische Beeinträchtigung vor*
- §§ 41, 35a SGB VIII ab Volljährigkeit bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.
→ *es liegt vermutlich eine reine seelische Beeinträchtigung vor*
- dem SGB IX ab dem 21. Lebensjahr.

5. Maßnahme

Gewünschte Maßnahme(n): _____

6. Weitere Angaben zur antragstellenden Person

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> sonstiger EU-Staat	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Aufenthaltsstatus: (Nachweis erforderlich)	<input type="checkbox"/> Duldung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgenehmigung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Grund der Einreise nach Deutschland:			

Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:		
Status des Versicherungsverhältnisses:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> privat
	<input type="checkbox"/> familienversichert über :		
<input type="checkbox"/> Pflegegrad vorhanden	<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		
<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde beantragt am:		

7. Übersicht vergangene/ aktuelle Leistungen

Wurde die beantragte Leistung bereits von einem anderen Rehabilitationsträger (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, gesetzliche Rentenversicherung) bewilligt oder abgelehnt?

ja → wann und wo? _____
(Bitte Nachweise beifügen)
 nein

Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Rehabilitationsträger (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, gesetzliche Rentenversicherung) beantragt?

ja → wann und wo? _____
 nein

→ Fortführung zu „7. Übersicht vergangene/ aktuelle Leistungen“:

Wurden in der Vergangenheit oder werden aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt?

- ja → *wann und wo?* _____
(Bitte Nachweise beifügen)
 nein

Wurden in der Vergangenheit oder werden aktuell Leistungen der Jugendhilfe gewährt?

- ja → *wann und wo?* _____
(Bitte Nachweise beifügen)
 nein

8. Unterschriften

Alle antragsberechtigten Personen müssen den Antrag unterschreiben.
Sofern es bei Minderjährigen ein gemeinsames Sorgerecht gibt, ist die Unterschrift **aller** sorgeberechtigten Personen erforderlich.

Datum (Unterschrift der antragstellenden Person)

Datum (ggf. Unterschrift der unter Nr. 3 berechtigten Person)

Datum (ggf. Unterschrift der unter Nr. 3 berechtigten Person)

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, jede **Änderung (insbesondere Anschrift und Aufenthaltsort)** dem Fachbereich Teilhabe unverzüglich mitzuteilen.

Ich/ wir habe/ n bei der Antragstellung Unterstützung durch folgende Person/ Institution erhalten: