

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"/> Aufenthaltsge- nehmigung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Grund der Einreise nach Deutschland:			
Kranken- und Pflegeversicherung			
Name der Versicherung:		Versicherungsnummer:	
Status des Versicherungs- verhältnisses:	<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:
