

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff SGB XII zur Kostenübernahme

- Erstantrag
 Folgeantrag (wegen Ablauf des Bewilligungszeitraumes)

Stadt Göttingen
 Fachbereich Soziales
 Abteilung 50.3 - Eingliederungshilfe

Hiroshimaplatz 1 - 4
 37083 Göttingen

Aktenzeichen (sofern bekannt)	
-------------------------------	--

1. Antragsteller/in

Familienname		Ggf. Geburtsname		Vorname (Rufname bitte kennzeichnen)	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort		Staatsangehörigkeit/en	
Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben				ggf. Anzahl Kinder	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	
Hier wohnhaft seit:	Datum (TT.MM.JJJJ)	Falls Sie zugezogen sind, bitte vorige Adresse angeben:			
Beschäftigt im öffentlichen Dienst?		Dienstherr:			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,					
Beruf (zuletzt ausgeübt)			Krankenversichert bei/durch		

2. Einrichtung/Betreuungsverein

Datum Aufnahme/Beginn der Betreuung					
Name der juristischen Person		Name/Ansprechpartner/in bei jur. Personen		Vorname	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	

3. Betreuer/in im Sinne des Betreuungsgesetzes

Familienname		Vorname			
Aufgabenkreis					
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefonnummer		Faxnummer		E-Mail-Adresse	

4. Änderungen zum letzten Antrag (sofern zutreffend)

--

Veröffentlichung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
Artikel-Nr. 610006



5. Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen der Haushaltsgemeinschaft

5.1 Einnahmen

Einkommen (Art)	Betrag	Einkommen (Art)	Betrag
	€		€
	€		€

5.2 Kosten

5.2.1 Kosten der Unterkunft

Kaltmiete	Nebenkosten	Heizkosten	Weitere Kosten:	Betrag	Gesamt
€	€	€	€	€	€

5.2.2 Sonstige notwendige Ausgaben

Art	Betrag
	€

5.3 Vermögen

Beschreibung	Wert
Girokonto/Girokonten	€
Sparbuch/Sparbücher	€
Sonstiges	€
Haben Sie Vermögen verschenkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde Ihnen Vermögen geschenkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

5.4 Ansprüche

Unterhaltspflichtige Person/en	
Unterhaltsleistungen erhält/erhalten	
Sonstige Anträge/Ansprüche	

6. Angaben zur Behinderung

War die Ursache für die Behinderung ein Unfall?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum (TT.MM.JJJJ)	Schadensersatzansprüche
---	--------------------	-------------------------

Gab es bisher

- Aufenthalte in einer Einrichtung/Einrichtungen?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Datum Beginn	Datum Beginn	Datum Beginn
	Datum Ende	Datum Ende	Datum Ende

- Ambulante Betreuungen?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Datum Beginn	Datum Beginn	Datum Beginn
	Datum Ende	Datum Ende	Datum Ende

7. Ergänzungen

--

Mir/Uns ist bekannt, dass bei Aufnahme in der Einrichtung bzw. Beginn der ambulanten Betreuung Einkommen und Vermögen angemessen einzusetzen sind. Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir entsprechend §§ 60 ff SGB I zur Mitwirkung verpflichtet bin/sind (insbesondere die Angabe von Veränderungen).

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in, Betreuer/in	Anlagen <input type="checkbox"/> Ärztliche Unterlagen <input type="checkbox"/> Nachweise/Belege der wirtschaftlichen Verhältnisse	
------------	--	---	--