

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Aktenzeichen:	Eingangsvermerk:

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	<b>A B F R A G E</b>	
	des Trägers der Eingliederungshilfe von Persönlichen Angaben zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Form von	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Beschäftigung im Arbeitsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)</b> (§ 111 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. §§ 58 und 62 SGB IX)</li> <li>▶ <b>Beschäftigung im Arbeitsbereich bei einem anderen Leistungsanbieter (aLa)</b> (§ 111 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. §§ 60 und 62 SGB IX)</li> <li>▶ <b>Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten zur Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Abs. 1 SGB IX in einer Fördergruppe oder in einem vergleichbaren anderen tagesstrukturierendem Angebot</b> (§ 113 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX)</li> </ul>	
	– Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen. –	
	Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweiskunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.	
	Gemäß § 138 Absatz 1 Nummer 3 und 6 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist für die vorgenannten Leistungen kein Beitrag aus dem Einkommen und Vermögen aufzubringen. Es erfolgt daher keine Abfrage in diesem Vordruck.	
	<b>1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der Antragstellerin / des Antragstellers (§ 136 Abs. 1, 3 SGB IX)</b>	
	Familienname (ggf. Geburtsname)	
	Vorname	
	Geburtsdatum, Geburtsort/Kreis	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit (Urteil beifügen) _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____	
Telefonnummer / E-Mail-Adresse		
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Antragsteller wohnt in einer	<input type="checkbox"/> Wohnung im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 1 SGB XII <input type="checkbox"/> besonderen Wohnform im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII <input type="checkbox"/> anderen Unterbringungsform (z.B. Einrichtung nach § 43a SGB XI) _____	
Antragsteller wohnt dort seit	_____	
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)		
Ausweisdokument mit Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass _____	
Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB):      Merkzeichen:	
Pflegebedürftigkeit und Leistung	Pflegegrad:      Leistung:      Bitte Bescheid beifügen!	
Krankenversicherung, Name Versicherungsnummer		
Rentenversicherung, Name Versicherungsnummer		
Vormund / Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Urkunde vorlegen und Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort) eintragen _____	

2. Angaben zu den Beeinträchtigungen/Behinderungen (§ 60 Abs. 1 SGB I)		
	Grund	Erläuterung
Die Behinderung ist eingetreten auf Grund von	<input type="checkbox"/> Unfall	_____
	<input type="checkbox"/> Impfschaden	_____
	<input type="checkbox"/> Gewalteinwirkung	_____
	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen	_____
Bekannte ärztliche Diagnosen	_____	
Besteht wegen der Behinderung ein Schadensersatzanspruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift des Verursachers eintragen _____	

3. Angaben zur Werkstattfähigkeit (§ 60 Abs. 1 SGB I, § 58 Abs. 1 SGB IX)		
	Zeitraum (von/bis)	Arbeitgeber/Einrichtung/Dienst (Leistungserbringer)
Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vor Aufnahme in eine WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter	_____	_____
	_____	_____
Absolvierung des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereichs in einer WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter	_____	_____
	_____	_____
Tätigkeiten im Arbeitsbereich in einer WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter	_____	_____
	_____	_____

**4. Angaben zur Mobilität (Nutzung von Verkehrsmitteln und Fahrtkostenerstattung) (§ 60 Abs. 1 SGB I, § 58 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 113 Abs. 2 Nr. 7 i. V. m. § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)**

Wenn eine Beförderung zu einer Werkstatt für behinderte Menschen, einem anderen Leistungsanbieter, einer Fördergruppe oder einem sonstigen tagesstrukturierenden Angebot notwendig ist, sind vorrangig öffentliche Verkehrsmittel für die Beförderung zu nutzen. Soweit der Antragstellerin / dem Antragsteller Leistungen nach §§ 228, 229 SGB IX – hier: unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr – zustehen, sind diese in Anspruch zu nehmen. D. h., bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen ist die notwendige Wertmarke bei der zuständigen Behörde zu beantragen.

**1. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel**

**A** Ich werde mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn, Straßenbahn, etc.) fahren,

weil ich auf Grund meiner Wertmarke öffentliche Verkehrsmittel unentgeltlich nutzen kann und beantrage hiermit die Übernahme der anfallenden Kosten (Bitte eine Kopie der Wertmarke und des Kontoauszugs beifügen).

aber kann diese nicht unentgeltlich (Nachweis wird beifügt) nutzen und beantrage hiermit die Kostenerstattung für die

Tageskarten    Wochenkarte    Monatskarte.

Die Leistungen sollen auf folgendes Konto gezahlt werden:

Name des Kreditinstituts	_____
Name des Kontoinhabers	_____
IBAN	_____
BIC	_____

**B** Ich kann die öffentlichen Verkehrsmittel nicht nutzen,

weil die Entfernung von meiner Wohnung und/oder von der Einrichtung zu den Haltestellen der öffentlichen Verkehrsmitteln mehr als 1000 m bzw. bei Merkzeichen „G“ mehr als 500 m beträgt (Nachweis wird beifügt).

weil keine öffentlichen Verkehrsmittel fahren (Nachweis der Verkehrsgesellschaft wird beifügt).

weil ich auf Grund meiner Behinderung nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann (medizinischer Nachweis (Bsp. ärztlicher Attest) wird beifügt).

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.



**Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen –**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweis-urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**Hinweis auf § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Folgen fehlender Mitwirkung –**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungs-pflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeits-unfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungs-pflichten nach den §§ 62 bis 65 SGB I nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

**Schlussklärung**

Mit Unterzeichnung des Antrages und des Abfragebogens wird die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 sowie Artikel 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bestätigt.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem Antragsteller/der Antragstellerin ein Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin/des gesetzlichen Vertreters erklärt sich dieser/diese damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

**Rechtsverbindliche Unterschrift**

Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters	<input type="checkbox"/> Antrag aufgenommen <input type="checkbox"/> Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft	
Datum	Unterschrift des/der Partner/in	Datum	Unterschrift Sachbearbeiter/in (Behörde)