

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:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	ANLAGE	
	Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienug nach § 21 SGB X	
	HILFSMITTEL	
	für die Bedarfsermittlung und Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	
	– 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 Beweisurkunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.	
	Leistungen werden beantragt für:	
	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)
	Geburtsdatum	
	Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Vertreten durch (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer):		
Name, Vorname(n), Vertretungsfunktion		
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Art des Hilfsmittels:		
Das Hilfsmittel wird benötigt zur:		
<input type="checkbox"/> Medizinischen Rehabilitation nach Teil 2, Kapitel 3 des SGB IX <input type="checkbox"/> Teilhabe am Arbeitsleben nach Teil 2, Kapitel 4 des SGB IX <input type="checkbox"/> Teilhabe an Bildung nach Teil 2, Kapitel 5 des SGB IX <input type="checkbox"/> Sozialen Teilhabe nach Teil 2, Kapitel 6 des SGB IX		
Begründung / Erläuterung der Notwendigkeit (für was soll das Hilfsmittel genutzt werden):		

Nutzungsverhalten von Hilfsmitteln:**1. Ist Ihre Behinderung auf einen Unfall, Impfschaden, Gewalteinwirkung oder andere Ursache zurückzuführen?** Ja Nein**2. Mit welchen Hilfsmitteln wurden Sie bereits von der Krankenkasse, Pflegekasse, Unfallversicherung oder einem anderen Rehabilitations- bzw. Leistungsträger versorgt?**

<input type="checkbox"/> Unterarmstützen	<input type="checkbox"/> Rampe	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Standardrollstuhl	<input type="checkbox"/> Faltrollstuhl	<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Therapiestuhl	<input type="checkbox"/> andere Hilfsmittel wie: _____

3. Sind sie in der Lage sich wie folgt fortzubewegen? ohne Hilfsmittel mit Unterarmstützen mit Hilfestellung einer anderen Person**4. Wie erfolgte ihr bisheriger Transport?**
 mit Behindertentransport mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 mit eigenem PKW Model: _____ Baujahr: _____
5. Sind sie in der Lage sich mit Hilfe vom Rollstuhl auf einen PKW-Sitz umzusetzen? Ja Nein**6. Für welche nachfolgenden Aktivitäten kommt der eigene PKW für Sie zum Einsatz? Nutzungsdauer bitte mit täglich, wöchentlich, monatlich oder jährlich angeben.**
 Fahrten zum Arzt wie oft: _____
 Fahrten zur Therapie wie oft: _____
 Familienheimfahrten wie oft: _____
 Fahrten zu Veranstaltungen wie oft: _____ welche Veranstaltungen: _____
 Fahrten zu Verwandten wie oft: _____ Verwandtschaftsgrad: _____
 Sonstige Fahrten – Bitte Notwendigkeit der Fahrten beschreiben:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.**Sonstige wichtige Angaben:****Rechtsverbindliche Unterschrift**

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters

Rechtsverbindliche Unterschrift bei minderjährigen Antragstellern

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigte / gesetzlicher Vertreter

 Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.
 (Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.)