



Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers (§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX)	
Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift) _____	
Falls <b>Nein</b> : Wurden in der Vergangenheit bzw. in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift) _____	
Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht – hiermit ist die Unterbringung und Versorgung bspw. in einer besonderen Wohnform (einst stationäre Einrichtung) oder Pflegefamilie gemeint – in Anspruch genommen?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den <b>zwei Monaten</b> vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) _____	

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.

**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.

**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 Sachbearbeiter/in (Behörde)