

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

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	A N T R A G	
	auf Leistungen der Eingliederungshilfe in Form der Beförderung nach § 113 Abs. 2 Nr. 7 i. V. m. § 83 Abs. 1 Nr. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	
	Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).	
	<input type="checkbox"/> Dieser Antrag (Annexleistung) dient der Ergänzung des Antrages in der Hauptsache (Erstantrag) vom:	Datum
	Beschreibung der Hilfe: (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)	
	Kinder	
	<input type="checkbox"/> für den Besuch einer (integrativen) Kindertagesstätte (§ 113 Abs. 2 Nr. 3 i. V. m. § 79 Abs. 1 SGB IX)	
	<input type="checkbox"/> für den Besuch eines (integrativen) Hortes (§ 113 Abs. 2 Nr. 3 i. V. m. § 79 Abs. 1 SGB IX)	
	<input type="checkbox"/> _____	
	Träger der Einrichtung (Betriebsstätte)	Betreuungsort
Erwachsene		
<input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (§ 111 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. §§ 58 und 62 SGB IX)		
<input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich bei einem anderen Leistungsanbieter (aLa) (§ 111 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. §§ 60 und 62 SGB IX)		
<input type="checkbox"/> in einer Fördergruppe (FG) (§ 113 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 81 und § 111 Abs. 1 SGB IX)		
<input type="checkbox"/> in einem vergleichbaren anderen tagesstrukturierenden Angebot (§ 113 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 81 SGB IX)		
<input type="checkbox"/> _____		
Träger der Einrichtung (Betriebsstätte)	Arbeits-, Einsatz- bzw. Angebotsort	
<input checked="" type="checkbox"/> Leistungen werden beantragt für:		
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Betreuer / Vormund oder Vollmacht: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen		
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten		
Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:		
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten		

Umfang der Leistungen zur Mobilität	
Übernahme der Kosten für die Beförderung:	
<input type="checkbox"/> mit einem Fahrdienst (FD) <input type="checkbox"/> mit dem privaten Personenkraftwagen (PKW) <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ÖVM) <input type="checkbox"/> mit _____	
<input type="checkbox"/> Für die Beförderung ist eine Begleitperson notwendig. Begründung: _____ _____ _____	
Beginn der Beförderung ab: _____	
Grund für die Beförderung:	
<input type="checkbox"/> Es besteht keine Bus- oder Bahnverbindung zwischen dem Wohnort und der Einrichtung. (Bitte einen Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Die Beförderungsdauer mit öffentlichen Verkehrsmitteln überschreitet den Zeitwert von 45 Minuten pro einfacher Fahrt. (Bitte konkrete Zeitangabe mit Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Die Entfernung zu den öffentlichen Verkehrsmitteln (Haltestellen) beträgt mehr als 500 Meter. (Bitte einen Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Die Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. (Bitte eine ärztliche Bescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in ist im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen „H“ oder „aG“. (Bitte eine Kopie einreichen) <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____ _____ _____	

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	
<ol style="list-style-type: none"> 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	
<p>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.</p> <p>Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

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)