

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 nach § 111 Abs. 1 Nr. 1 und 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder bei einem anderen Leistungsanbieter (aLa)		
	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).		
	Beschreibung der Hilfe: (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)		
	<input type="checkbox"/> Beschäftigung 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"/> Beschäftigung im Arbeitsbereich bei einem anderen Leistungsanbieter (aLa) (§ 111 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. §§ 60 und 62 SGB IX)		
	Träger der Einrichtung (Betriebsstätte)		
	Beschäftigungsbeginn		Arbeits- bzw. Einsatzort
	Beschäftigungszeit		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit, 35-40 Stunden/Woche (Normal-Arbeitszeit gemäß § 6 Abs. 1 WVO)		
	<input type="checkbox"/> Teilzeit, _____ Stunden/Woche (Angabe einer Begründung und Vorlage eines schriftlichen Nachweises gemäß § 6 Abs. 2 WVO)		
	Erläuterung: _____		
	Die Notwendigkeit zur Inanspruchnahme eines Fahrdienstes für die Durchführung der vorgenannten Leistungen der Eingliederungshilfe wird im Rahmen des Gesamtplanverfahrens von Amts wegen geprüft. Grundsätzlich ist es den Menschen mit Behinderungen zuzumuten, die Einrichtung, in welcher die separate Tagesstruktur angeboten wird, mittels öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zu erreichen, soweit eine zumutbare Erreichbarkeit auf diesem Wege gegeben ist. Bei Bedarf kann jederzeit ein separater Antrag auf Feststellung der Voraussetzung für die Gewährung eines Fahrdienstes als Annexleistung gestellt werden. Eine verkürzte Arbeitszeit im Arbeitsbereich in einer WfbM oder bei einem aLa führt nicht zur Anpassung des Fahrdienstes.		
	Leistungen werden beantragt für:		
	Familiennamen (ggf. Geburtsnamen angeben)		Vorname(n)
Geburtsdatum			
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten			
erwerbsgemindert	pflegebedürftig	behindert/schwerbehindert	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Pflegegrad _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - GdB _____	
krankenversichert			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
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			

Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers (§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX)

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

 Nein Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Falls **Nein**: Wurden in der Vergangenheit bzw. in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht? Nein Ja

von _____ bis _____

und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?

 Nein Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den **zwei Monaten** vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

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

 Antrag aufgenommen Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft

Datum

Unterschrift Sachbearbeiter/in (Behörde)

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