

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Bundesstadt Bonn Amt für Kinder-, Jugend und Familie Fachdienst Eingliederungshilfe - 51-3136/51-322 53103 Bonn	Besucheranschrift: Bundesstadt Bonn Fachdienst Eingliederungshilfe Ollenhauerstr. 1 53113 Bonn
---	---

<p><u>Datenschutzinformation:</u> Informationen über den Datenschutz nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf der Internetseite der Stadt Bonn www.bonn.de unter dem Suchbegriff „Fachdienst Eingliederungshilfe“. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen die Informationsschrift gerne auf dem Postweg oder per E-Mail.</p>
--

Für

Name	Vorname	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:		Geburtsort:
Aktuelle Anschrift/Wohnort: <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Heimunterbringung/stationäre Einrichtung, seit _____ <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie, seit _____		
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort:		

wird die Kostenübernahme für folgende Leistung(en) der Eingliederungshilfe beantragt:

Begründung:

Weitere Angaben zum Antragsteller:

Staatsangehörigkeit:	Aufenthaltsstatus (bitte ggf. Aufenthaltstitel beifügen):
Bei Heimunterbringung/stationäre Einrichtung: Letzte Meldeanschrift <u>vor Aufnahme</u> in die Einrichtung: (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
Ich bin anspruchsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ich/Die Personensorgeberechtigten benötige/n im Rahmen von Bedarfsermittlungsgesprächen eine:n Dolmetscher:in. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Sprache: _____	

Bei Anträgen für Minderjährige :			
Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge <input type="checkbox"/> Elternteil mit alleinigem Sorgerecht <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vormundschaft/Pflegschaft <input type="checkbox"/> Art der Vormundschaft/Pflegschaft: _____			
Beschluss vom _____, AZ.: _____			
Name, Vorname:			
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
Telefonnummer:	Fax:	Mobil:	E-Mail:

Bei Anträgen für Volljährige :			
Ich habe eine gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen.			
Name Betreuer:in:			
Anschrift:			
Telefonnummer:	Fax:	Mobil:	E-Mail:

Name der Schule		Anschrift der Schule:	
Ansprechpartner:in: Kontaktdaten: AO-SF Verfahren			
Schulklasse:	Fax:	Mobil:	E-Mail:

Kranken- und Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei: <input type="checkbox"/> Privat versichert bei:		Name und Anschrift der Krankenkasse:	
Versichertennummer:			
Es besteht ein Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grad:	
Bitte legen Sie das Langgutachten der Pflegekasse in Kopie vor.			
Liegt eine Schwerbehinderung vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt			

Der Hilfebedarf ist auf einen Unfall oder ärztlichen Fehler zurückzuführen und/oder es besteht ein Schadensersatzanspruch/Anspruch auf Versicherungsleistungen gegenüber Dritten. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei

Hausarzt: Name: Anschrift: (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Fachärzte: Name: Anschrift: (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
--

Sonstige Hilfen/ Hilfsmittel:

Einwilligungserklärung zur Einholung von Auskünften, Übermittlung von Daten
Hiermit entbinde ich die im Folgenden gekennzeichneten Institutionen und das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Bundesstadt Bonn wechselseitig von der Schweigepflicht hinsichtlich solcher persönlicher Daten, auf die die Bundesstadt Bonn zur Entscheidung über diesen Antrag angewiesen ist. Auch ermächtige ich diese, die notwendigen Informationen jeweils zu übermitteln (bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leistungsanbieter | <input type="checkbox"/> Hausärzte | <input type="checkbox"/> Landschaftsverband Rheinland |
| <input type="checkbox"/> Pflege- & Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Fachärzte | <input type="checkbox"/> Tageseinrichtungen für Kinder |
| <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> Versorgungsamt | <input type="checkbox"/> |

Die Einwilligungserklärung wurde von mir freiwillig erteilt. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich diese jederzeit widerrufen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Bundesstadt Bonn im Falle seiner Unzuständigkeit bzw. bei paralleler Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträger, diesen Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten bzw. diesen zu beteiligen hat. Ich werde über eine evtl. Weiterleitung informiert. Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX sind z.B. die Träger der Eingliederungshilfe, die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die umseitigen Informationen und die vorstehenden Erklärungen erforderlich sind, damit die Bundesstadt Bonn sachgerecht über meinen Antrag entscheiden kann. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Die Datenerhebung und -Verarbeitung erfolgt nach §§ 67a ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I).

Datum

Unterschrift/en
des/ der Antragsteller:in
bzw. Personensorgeberechtigten,
ggf. Betreuer:in