

Der Oberbürgermeister
Amt für Soziales und Wohnen

Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX)

HINWEIS:

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie diese Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Fahrdienst für mobilitätseingeschränkte Menschen		AZ:	
1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen (bei mehr als drei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!)			
	1. Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Fahrdienstnutzer*in	2. Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner*in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Elternteil	3. Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Leibliches Kind der Person Nr. _____ <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Sonstige Personen im Haushalt Verwandtschaftsgrad angeben: _____
Familienname			
Vorname			
Geburtsname			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl und Ort			
freiwillig: Telefon			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Rentenversicherungs-Nr.			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit _____
Staatsangehörigkeit			
bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status			
Schwerbehindertenausweis? (bitte Kopie des Ausweises beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ / <input type="checkbox"/> unbefristet		
	Merkzeichen: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBL <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BL		
Leben Sie in einer besonderen Wohnform (z. B. Heim, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt? (gewöhnlicher Aufenthaltsort)	Aufenthalt vor d. Aufnahme in d. Einrichtung	Aufenthalt vor d. Aufnahme in d. Einrichtung	Aufenthalt vor d. Aufnahme in d. Einrichtung

Betreuer/in (Kopie der Bestellurkunde bitte beifügen)

Name			
Vorname			
Straße und Hausnummer			
PLZ und Wohnort			

2. Einkommen

	1. Person		2. Person		3. Person	
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Zahlung bean- tragt am, Akten- zeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Zahlung bean- tragt am, Akten- zeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Zahlung bean- tragt am, Akten- zeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)						
Gewerbetrieb						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Lastenzuschuss Leistungsausschuss beachten!						
Renten/Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- o- der Waisenrente, Kinderzuschuss/ -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Fremdrenten, o.ä.)						
Leistungen nach dem Asyl- bewerberleistungsgesetz						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
Leistungen des Lastenausgleichs- amtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflie- gegeld, Entschädigungsrente)						
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)						
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld I, Eingliederungshilfe, Berufsaus- bildungsbeihilfe)						
Leistungen zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung von der Stadt Duisburg nach SGB XII						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Privatrechtliche geldwerte Ansprü- che (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)						
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)						
Sonstige Einkünfte						

3. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland

(Bitte Nachweise beifügen!)

Art des Vermögens	1. Person		2. Person		3. Person	
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Bank-/Sparguthaben (einschl. vermö- genwirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Wertpapiere/Aktien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Lebensversicherungen (aktueller Rücklauf inkl. Überschussanteil nachweisen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Hauseigentum/ Sonstiger Grundbe- sitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Staatlich geförderte private Al- tersvorsorge (Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Sonstiges Vermögen (wie Forderungen gegen Dritte, Rente, Patente oder andere)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR

4. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag
	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
	falls ja, wann? _____	falls ja, wann? _____	falls ja, wann? _____
	In welcher Höhe? _____ EUR	In welcher Höhe? _____ EUR	In welcher Höhe? _____ EUR

5. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen

Name des Geldinstituts	Sitz des Geldinstitutes
Kontonummer	Bankleitzahl
Name des Kontoinhabers	Vorname des Kontoinhabers

Erklärung

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I –). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB –) und zu unrecht gewährte Leistungen erstatten muss. Wenn und solange ich Sozialleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommen-, Vermögens-, und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Aufgenommen durch	Datum

Unterschrift der nachfragenden Person

Unterschrift der 2. Person