

# Antrag auf Eingliederungshilfe gem. §§ 90 ff SGB IX

Eingangsstempel
Az:

Art der Hilfe: \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Verhältnisse

Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebende/r Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in
Name (ggf. Geburtsname)	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum und -ort	
Telefonnummer, E-Mail-Adresse	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer) <b>(Nachweise beifügen!)</b>	
Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen liegen vor? <b>(Nachweise beifügen!)</b>	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <b>seit</b> _____
Bevollmächtigte/r, Betreuer/in, Vormund <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Name, Anschrift, Tel. <b>(Nachweis beifügen!)</b> :

## 2. In der Haushaltsgemeinschaft lebende Personen (außer Personen unter 1)

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in				
Ausgeübte Tätigkeit/ Beruf				
Aktuelles mtl. Einkommen <b>(Nachweis beifügen!)</b>				

## 3. Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung über <div style="text-align: right;">Name, Vorname des Hauptversicherten</div>

**4. Einkünfte gemäß Steuer- und Rentenbescheid(e) des Vorvorjahres, also \_\_\_\_\_  
(Maßgebliche Bescheide beifügen!)**

	Antragsteller/in (jährlich €)	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Lebensgefährtin/in (jährlich €)	Mutter des minder- jährigen Kindes (jährlich €)	Vater des minder- jährigen Kindes (jährlich €)
Liegt der maßgebliche Steuerbescheid vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bestehen bei den aktuellen Einkünften erhebliche Abweichungen ggü. dem Vorvorjahr?	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: Grund: <input type="checkbox"/> Nein			
<b>Liegt der maßgebliche Steuerbescheid nicht vor, entfallen die nachstehenden Angaben unter Punkt 4. Stattdessen ist die Anlage I auszufüllen!</b>				
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb				
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit				
Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit				
Einkünfte aus Kapitalvermögen				
Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung				
Sonstige Einkünfte: _____				
Renten (brutto):				
Altersrente				
Hinterbliebenenrente				
Erwerbsminderungs-/Unfallrente				
Betriebsrente				
Sonstige Rente: _____				

**5. Vermögensverhältnisse (Nachweise beifügen!)**

<b>Ich/wir habe(n) folgendes Vermögen:</b>			
	Antragsteller/in	Mutter des minderjährigen Kindes	Vater des minderjährigen Kindes
	Art und Höhe des Vermögens	Art und Höhe des Vermögens	Art und Höhe des Vermögens
<b>Guthaben und Bargeld</b> (z.B. Guthaben auf Giro-/Paypal- und sonstigen Bankkonten, Sparbuch, Prämien- und Bausparverträgen), Geschäftsanteile			
<b>Wertpapiere</b> (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Aktien)			
<b>Forderungen</b> (z.B. aus Darlehen, Erbteil, Altenteilsverträgen, Überlassungsverträgen, Leibrentenverträgen, sonstigen Verträgen)			

**Selbstbewohntes Haus-, Wohnungseigentum, Wohnrecht der antragstellenden Person**

Ort, Straße, Hausnummer:

 EinfamilienhausWohnfläche: m<sup>2</sup> Mehrfamilienhaus

	Antragsteller/in	Mutter des minder-jährigen Kindes	Vater des minder-jährigen Kindes
<b>Sonstiger Grundbesitz, Haus-, Wohnungseigentum, das von der antragstellenden Person nicht selbst bewohnt/ genutzt wird</b> (Art, Lage, Fläche, Verkehrswert)			
<b>Sonstiges Vermögen</b> (z.B. Lebensversicherungen -Rückkaufswert-, Sterbegeldversicherung, Bestattungsvorsorgevertrag, Sachwerte, wertvoller Hausrat, Kraftfahrzeug, Schmuckstücke)			
<b>Vermögen im Ausland</b> (Bankguthaben, Wertpapiere, Grundbesitz, Forderungen gegen Dritte, Sonstiges)	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein

 Ich/wir haben in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt.

	Antragsteller/in	Mutter des minder-jährigen Kindes	Vater des minder-jährigen Kindes
<b>Früheres Vermögen:</b> Ich/wir habe(n) in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen (z.B. Barvermögen, Haus- oder Grundbesitz) veräußert, übertragen oder verschenkt.	Datum: : _____	Datum: _____	Datum: _____
Anlass und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich auf einem gesonderten Blatt beschreiben)			
Name, Vorname, Anschrift des Beschenkten			

**6. Weitere Ansprüche der antragstellenden Person (Nachweise beifügen!)**

Bestehen sonstige Ansprüche wie z. B. Beihilfe im öffentlichen Dienst? (bei minderjährigen Kindern über Eltern)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Gesundheitsschaden durch Unfall oder Fremdverschulden eingetreten? Wenn ja, Ursache? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen diesbezüglich Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten? (z.B. Versicherungen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde der Gesundheitsschaden durch eine Gewalttat verursacht? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden diesbezüglich Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde beim zuständigen Amt für soziale Angelegenheiten ein Schwerbehindertenausweis beantragt? ( <b>ggfls. Feststellungsbescheid und Ausweis beifügen!</b> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor? ( <b>MDK-Gutachten beifügen!</b> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Leistungen von der Pflegekasse erbracht? Wenn ja, welche? _____ ( <b>Bescheid der Pflegekasse beifügen!</b> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 7. Fragen zur Zuständigkeitsklärung

Datum des Zuzugs an Ihren jetzigen Aufenthaltsort	
Vorherige Aufenthaltsorte 2 Monate vor der jetzigen Antragstellung	
Haben Sie bereits bei einer anderen Behörde Eingliederungshilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja: Name und Anschrift der Behörde: _____ Datum der Antragstellung: _____ Aufenthalt(s)ort(e) im Zeitpunkt dieser Antragstellung sowie 2 Monate davor: _____ Datum der Einstellung der von der anderen Behörde bewilligten Eingliederungshilfe bzw. Datum der Ablehnung: _____ <b>(Maßgebliche Bescheide beifügen!)</b> _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wurden für die nunmehr beantragten Hilfen bereits bei sonstigen Stellen (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger usw.) Anträge gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja: Name und Anschrift der Stelle: _____ Datum der Antragstellung: _____ Ggfls. Datum der Entscheidung: _____ <b>(Maßgebliche Bescheide beifügen!)</b> _____ <input type="checkbox"/> Nein

## 8. Erklärung:

Die vorstehenden Angaben sowie die in der Anlage I gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Das Merkblatt zum Eingliederungshilfeantrag und zu den datenschutzrechtlichen Vorgaben habe ich erhalten. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungspflicht nach Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Soweit ich laufende Leistungen erhalte, verpflichte ich mich, jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnortwechsel, Änderung in den Familienverhältnissen), Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie Änderungen der im Zusammenhang mit der Leistung abgegebenen Erklärungen ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in, gesetzliche/r Vertreter/in,  
Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

### Bitte senden Sie den Eingliederungshilfeantrag an folgende Adresse:

Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises  
Fachbereich 23  
Ludwigstraße 3-5  
55469 Simmern

**Anlagen:** Anlage I, Anlage II, Anlage III, Merkblatt zum Eingliederungshilfeantrag, Merkblatt zu den datenschutzrechtlichen Vorgaben

# Anlage I Name, Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

## 1. Einkünfte (Bruttobeträge) des Vorvorjahres, also \_\_\_\_\_ (Nachweise beifügen!)

	Antragsteller/in (jährlich €)	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in (jährlich €)	Mutter des minder- jährigen Kindes (jährlich €)	Vater des minder- jährigen Kindes (jährlich €)
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft				
Einkünfte aus Gewerbebetrieb				
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit				
Einkünfte aus nicht- selbständiger Tätigkeit				
Einkünfte aus Kapitalvermögen				
Einkünfte aus Vermie- tung u. Verpachtung				
Altersrente				
Hinterbliebenenrente				
Erwerbsminderungs- rente				
Unfallrente				
Betriebsrente				
Pension				
Arbeitslosengeld 1				
Arbeitslosengeld 2 (Hartz 4)				
Grundsicherungs- leistungen SGB XII				
Krankengeld				
Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss				
Übergangsgeld				
Überbrückungsgeld				
Sachbezüge (z.B. freie Unterkunft/Verpfle- gung)				
Sonstige Einkünfte: _____ €				

## 2. Fahrten zur Arbeitsstätte

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in	Mutter des minderjährigen Kindes	Vater des minderjährigen Kindes
Kürzeste Entfernung von der Wohnung zur Arbeitsstätte (einfach).	_____ km	_____ km	_____ km	_____ km
Nutzung eines Pkws für die Fahrten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Fahrgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kosten der Monatskarte bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	_____ € <i>Nachweis beifügen!</i>	_____ € <i>Nachweis beifügen!</i>	_____ € <i>Nachweis beifügen!</i>	_____ € <i>Nachweis beifügen!</i>

## 3. Beiträge zu Berufsständen und sonstigen Berufsverbänden (*Nachweise beifügen!*)

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in	Mutter des minderjährigen Kindes	Vater des minderjährigen Kindes
Z.B. Gewerkschafts-, Innungs-, Standesorganisationen	_____ € jährlich	_____ € jährlich	_____ € jährlich	_____ € jährlich

## 4. Versicherungen (*Versicherungspolice und Nachweise der Beitragszahlung beifügen!*)

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in	Mutter des minderjährigen Kindes	Vater des minderjährigen Kindes
Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, z. B. Alterssicherung, Lebensversicherung, private Kranken-, Unfall-, Sterbegeld- oder Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung, Ausbildungs- und Aussteuerversicherung	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____
	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €
	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____
	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €
	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____	Art der Versicherung: _____
	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €	Jahresbeitrag: _____ €

## 5. Sonstige Belastungen (*Nachweise beifügen!*)

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in	Mutter des minderjährigen Kindes	Vater des minderjährigen Kindes
Angaben über die Verpflichtung: (Bitte jährliche Beträge angeben!)	Grund: _____	Grund: _____	Grund: _____	Grund: _____
	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €
	Grund: _____	Grund: _____	Grund: _____	Grund: _____
	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €

# Anlage II

Name, Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes für Personen, die in einer besonderen Wohnform leben

Da ich meinen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln decken kann, beantrage ich folgende Leistungen:

- Leistungen des Lebensunterhaltes nach dem Dritten Kapitel SGB XII (bei Erwerbsfähigkeit oder bei Volljährigen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung)
- Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII (bei Volljährigen mit dauerhafter voller Erwerbsminderung oder wegen Erreichen der Altersgrenze, gestaffelt in Abhängigkeit des Geburtsjahrgangs, beginnend ab Vollendung des 65. Lebensjahres)

### 1. Kosten der Unterkunft:

Die Gesamtmiete der besonderen Wohnform beläuft sich gemäß Vertrag auf:	_____ € mtl.
Ich bewohne ein	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

### 2. Mehrbedarfe:

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen „G“ oder „aG“ erteilt?	<input type="checkbox"/> Ja ( <i>Nachweis beifügen!</i> ) <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie am gemeinschaftlichen Mittagessen in der Werkstatt für behinderter Menschen/Tagesförderstätte/Tagesstätte teil?	<input type="checkbox"/> Ja: an _____ Tagen pro Woche <input type="checkbox"/> Nein
Sofern die antragstellende Person weiblich ist: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja ( <i>Nachweis beifügen!</i> ) <input type="checkbox"/> Nein
Benötigen Sie eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja ( <i>Ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!</i> ) <input type="checkbox"/> Nein

### 3. Unterhaltspflichtige (Kinder, Eltern):

Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Verwandtschaftsverhältnis zum AS				
Familienstand				
Ausgeübte(r) Tätigkeit/ Beruf				
Beträgt das jährliche Gesamteinkommen über 100.000,00 €?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Selbständig tätig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

### 4. Vermögensverhältnisse

Hier sind die im Antrag auf Eingliederungshilfe gem. §§ 90 ff. SGB IX unter Punkt 5 für den Antragsteller gemachten Angaben maßgeblich!

## 5. Aktuelles Einkommen der antragstellenden Person (*Nachweise beifügen!*)

	Monatliche Beträge in €
Nettoeinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit	
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (aktuelle Einnahme-/Überschussrechnung und letzter Steuerbescheid beifügen)	
Einkünfte aus Kapitalvermögen	
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	
Arbeitslosengeld 1	
Arbeitslosengeld 2 (Hartz 4)	
Grundsicherungsleistungen SGB XII	
Wohngeld	
Kindergeld	
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	
Krankengeld	
Leistungen der Pflegekasse	
Altersrente	
Wurden freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erbracht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erwerbsminderungsrente	
Hinterbliebenenrente	
Unfallrente	
Übergangsgeld	
Betriebsrente	
Pension	
Sachbezüge	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge
Einmalige Einkünfte in den letzten 12 Monaten (z.B. Einkommenssteuererstattung)	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Grundrente, Opferentschädigungsrente)	
Lastenausgleich, z.B. Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente, Pflegezulage	
Bestehen Anwartschaften auf ausländische Renten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einkünfte aus dem Ausland (Renten, Miet- oder Pachteinnahmen, Sonstiges)	
Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland (Wenn die Frage mit Ja beantwortet wird, müssen diese Zeiten auf einem Beiblatt näher erläutert werden: Wohnort, Erwerbstätigkeit mit Zeitangaben)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges Einkommen:	

**Bemerkungen**

## 6. Fahrten zur Arbeitsstätte

Es werden grundsätzlich nur die Kosten einer Monatskarte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt:	Mtl. Fahrpreis: _____ €
Wenn kein öffentliches Verkehrsmittel vorhanden ist oder dessen Benutzung unzumutbar ist, kann auch eine Entfernungspauschale für ein Kraftfahrzeug anerkannt werden.	Fahrzeugart: _____ Hubraum: _____
<b>Kurze Begründung:</b> (z.B. Schichtarbeit)	Kürzeste Entfernung von der Wohnung zur Arbeitsstätte (einfach): _____ km
	Fahrgemeinschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 7. Beiträge für Berufsverbände (Nachweise beifügen)

Z.B. Gewerkschafts-, Innungs-, Standesorganisationen	Mtl. Beitrag: _____ €
--	-----------------------

## 8. Versicherungen (*Versicherungspolice und Nachweise der Beitragszahlung beifügen!*)

Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, z. B. Alterssicherung, Lebensversicherung, private Kranken-, Unfall-, Sterbegeld- oder Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung, Ausbildungs- und Aussteuerversicherung	
Art der Versicherung	Beitrag monatlich €

## 9. Sonstige Belastungen (Nachweise beifügen)

Angaben über die Verpflichtung: Grund, Höhe der Zahlung monatlich, Laufzeit

## 10. Bankverbindung

Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	IBAN	BIC	Kreditinstitut

## 11. Zustimmungserklärung

Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung dazu, dass der zuständige Träger der Sozialhilfe, im Rahmen des Kontenabrufverfahrens nach §§ 93b, 93 Abgabenordnung für die Prüfung des Sozialhilfeantrages erforderliche Informationen beim Bundeszentralamt für Steuern einholen darf.

Sofern es sich bei dem Zahlungsempfänger um eine besondere Wohnform handelt, bin ich damit einverstanden, dass diese einen Abdruck des Bescheides über die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes erhält.

## 12. Erklärung

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Das Merkblatt zum Eingliederungshilfeantrag und zu den datenschutzrechtlichen Vorgaben habe ich erhalten. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungspflicht nach Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Soweit ich laufende Leistungen erhalte, verpflichte ich mich, jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnortwechsel, Änderung in den Familienverhältnissen), Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie Änderungen der im Zusammenhang mit der Leistung abgegebenen Erklärungen ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in, gesetzliche/r Vertreter/in,  
Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht zur Vorlage bei der Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises

Familienname, Vorname, Geburtsdatum (Antragsteller/in)

(Gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in)

### Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) hat sich die Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises über Art und Umfang des Teilhabe-/Pflegetarbes zu informieren.

Auch wenn bereits Eingliederungshilfeleistungen gewährt werden, benötigt die Kreisverwaltung als Sozialleistungsträger Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Teilhabebedarf geändert haben kann. Auch ist zu überprüfen, ob die Ziele der Eingliederungshilfe durch die bisher gewährten Unterstützungsleistungen erreicht werden können. In diesen Fällen muss die Kreisverwaltung entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob die Kreisverwaltung nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind.

Personen, die der Kreisverwaltung solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal von Einrichtungen und Diensten, sofern sie sich mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befassen.

Der Leistungsberechtigte hat nach den §§ 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) solche für die Gewährung der Leistung erforderliche Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

Die in den §§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) genannten Regelungen zum Schutz von Sozialdaten werden beachtet. Die Übermittlung von Daten erfolgt im gesetzlich zulässigen Rahmen. Des Weiteren ist es notwendig, dass sich der Sozialdienst der Kreisverwaltung mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Dienste und Einrichtungen fachlich austauscht, um sich ein genaues Bild über Art und Umfang des Teilhabebedarfes zu machen. Die Entbindung von der Schweigepflicht kann gemäß Artikel 17 der Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. § 33 Abs. 3 des Landesdatenschutzgesetzes jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

### Erklärung:

Soweit Gutachten, Fachexpertisen oder sonstige Berichte im Rahmen der individuellen Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz von Mitarbeitern der Dienste und Einrichtungen für die Kreisverwaltung erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie dieser gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, die von der Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- der Amtsärztin/ dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um die Untersuchung gebeten worden ist,
- dem medizinischen Dienst der Krankenkassen, die eine Begutachtung vorgenommen haben,
- des sozialpsychiatrischen Dienstes der Kreisverwaltung,
- des Jobcenters, der Agentur für Arbeit, der Rentenversicherung, des Jugendamtes
- von sonstigen behandelnden (Fach-)Ärzten und Therapeuten,
- 

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellung von Umfang sowie Auswirkung der Behinderung/Pflegetarbes. Der Sozialleistungsträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem Leistungsberechtigten selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben z.B. nach dem SGB IX, AGSGB IX Rheinland-Pfalz, SGB X, SGB XI befugt.

Ich stimme einem fachlichen Austausch zwischen den Mitarbeiter/innen des Sozialdienstes Eingliederungshilfe der Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises und den zuständigen Mitarbeiter/innen von Diensten und Einrichtungen (s.o.) zu und bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der Bedarfsüberprüfung mittels Bescheidabdruck an den/die Leistungserbringer übersandt wird. Im Falle des Bedarfes einer notwendigen Assistenzleistung bei stationärem Krankenhausaufenthalt stimme ich zu, dass meine Krankenkasse und in Betracht kommende Bezugspersonen aus meinem familiären Umfeld entsprechend informiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in, gesetzliche/r. Vertreter/in,  
Betreuer/in oder Bevollmächtigte, Vertreter/in