

Bitte senden Sie Ihren Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX einschließlich der nachfolgend genannten Unterlagen - sofern vorhanden; Formulare vollständig ausfüllen und unterschreiben - an:

Landkreis Oder-Spree
Sozialamt
SG Eingliederungshilfe
Liebknechtstraße 21/22
15848 Beeskow

• **allgemeine Unterlagen:**

- vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX
- Betreuerausweises (als Kopie) bzw. Vorsorgevollmacht (im Original zur Einsicht vorlegen!)
- Personalausweises (als Kopie)
- Krankenversicherungskarte (als Kopie)
- Schwerbehindertenausweis und dazugehöriger Feststellungsbescheid (als Kopie)
- Formular zur Unterhaltsprüfung
- Bewilligungen weiterer Leistungsträger z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse, Arbeitsagentur usw.

• **Einkommensnachweise** (als Kopien) - bei minderjährigen Antragstellern, werden zusätzlich Nachweise der/des im Haushalt lebenden Eltern/Elternteils benötigt

- Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres (z. B. in 2021 von 2019)
- Rentenbescheide des Vorvorjahres (z. B. in 2021 von 2019)
- Aktueller Bescheid über den Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB II oder SGB XII

• **Vermögensnachweise** (als Kopien) - bei minderjährigen Antragstellern, werden zusätzlich Nachweise der/des im Haushalt lebenden Eltern/Elternteils benötigt

- Kontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos)
- Sparbücher (von der 1. Seite mit Namen bis zum aktuellen Kontostand)
- Nachweise anderer Gelder (z. B. Festgeldkonto, Sparbrief usw.)
- Nachweise über Grundeigentum z. B. Haus- und Gartengrundstück, Felder, Wiesen und Wälder
 - Grundbuchauszug/-auszüge
 - Pachtvertrag
- Lebens-/Sterbegeldversicherung einschließlich Rückkaufswerte
- Bausparverträge

• **medizinische Unterlagen** (als Kopien)

- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – im Original
- Nachweis Bewilligung Pflegegrad durch die Pflegekasse + Pflegegutachten
- Befunde, Epikrisen, Gutachten (Betreuungsgutachten, Krankenhausentlassungsberichte, sonstige Berichte und Diagnosen)

Bei Fragen können Sie sich an Frau B. Schmidtchen (Tel.: 03366 35-2480; E-Mail: sozialamt@landkreis-oder-spree.de) wenden.

Übergang von Ansprüchen gegen einen nach bürgerlichem Recht

Unterhaltspflichtigen

hier: § 94 Abs. 1a SGB XII und § 141 Abs. 1 SGB IX

Leistungsberechtigte/r:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Aktenzeichen (sofern bekannt):

	Ehegatte (auch geschieden)	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Todestag				
Anschrift (ggf. letzte bekannte Anschrift)				
Familienstand				
Beruf/Tätigkeit				
Bruttojahres-einkommen				

	Kind 4	Kind 5*	leibliche Eltern des Antragstellers	
			Mutter	Vater
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Todestag				
Anschrift (ggf. letzte bekannte Anschrift)				
Familienstand				
Beruf/Tätigkeit				
Bruttojahres-einkommen				

*sofern mehr als 5 Kinder existieren nutzen Sie bitte ein extra Blatt

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Übersicht über ärztliche Behandlungen

Für die Prüfung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem SGB IX sind die nachfolgenden Informationen notwendig. Bitte füllen Sie daher das Formblatt vollständig aus und legen die entsprechenden Unterlagen als Kopie bei.

Angaben zum Antragsteller:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich befinde mich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung aufgrund nachfolgender Erkrankungen:

1. Hausarzt

Praxis

Anschrift

Telefon

Regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

2. Fachärzte/Therapeuten (Neurologe, Psychiater, PIA, Tagesklinik, Psychologe)

Praxis

Anschrift

Telefon

Erkrankung

Regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

Praxis

Anschrift

Telefon

Erkrankung

Regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

Erkrankung _____

Regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

3. Klinikaufenthalte

(bitte die jeweiligen Entlassungsberichte beifügen!)

Klinik _____

Station: _____

Anschrift _____

Telefon _____

Zeitraum _____

Grund der
Behandlung _____

Klinik _____

Station: _____

Anschrift _____

Telefon _____

Zeitraum _____

Grund der
Behandlung _____

4. Begutachtungen anderer Leistungsträger

(Kranken- oder Pflegekasse, Rententräger, Agentur für Arbeit oder Jobcenter, Versicherungen)

liegt vor

nicht erfolgt

geplant

Leistungsträger: _____

Zeitpunkt: _____

(Bitte Gutachten beifügen)

5. Kontakte zum Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt

nein

ja,

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

Zeitraum: _____

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die Angaben und beigelegten Unterlagen vollständig und richtig sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Antragsteller/gesetzlicher Vertreter)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie zur Nutzung und Übermittlung meiner Sozialdaten zum Zweck der Ermittlung meines Sozialhilfe- und/oder Teilhabebedarfs

Name, Vorname: Geburtsdatum: Anschrift:
gesetzlich vertreten durch (Eltern minderjähriger Kinder, Vormund, Betreuer) Name/Verein: Anschrift:

Ich habe folgende Leistung beantragt bzw. ich erhalte folgende Leistung nach dem

- Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII)
- Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)

Art der Leistung

Zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen bin ich verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Hierzu können alle Informationen gehören, die für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich sind (z. B. Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankungen/Behinderungen, notwendige Maßnahmen). Hierzu können auch Vorerkrankungen gehören.

Ich bin mit der Weiterleitung der Daten durch die oben genannte Behörde an das zuständige Gesundheitsamt oder einen anderen Gutachter/Sachverständigen zur Stellungnahme oder Begutachtung einverstanden.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitszustand einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Namen und Anschriften
behandelnder Hausarzt:
behandelnder Facharzt:
behandelnder Facharzt:
weitere Ärzte:
Krankenhaus:
Pflegedienst:
Pflegeheim:
Krankenkasse:
Rentenversicherung:
Unfallversicherung:
Landesamt für Soziales und Versorgung:

Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers habe ich der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 des Sozialgesetzbuches – Erstes Buch – SGB I), wenn ich nicht selbst die gewünschten Auskünfte erteile und/oder Unterlagen vorlege. Die Leistung, die ich beantrage habe oder erhalte, kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn ich den gesetzlichen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Die nachfolgend abgedruckten datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten der vorstehenden Behörde **übermittelt** werden können. Ich **befreie die genannte(n) Person(en)** oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung(en) **insoweit von Ihrer Schweigepflicht**. Die Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit für die Zukunft und formungebunden widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift leistungsberechtigte Person
ggf. gesetzlicher Vertreter

Abgabe von Unterlagen

Leistungsberechtigte/r:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich willige freiwillig darin ein, dass der Träger der Eingliederungshilfe nachfolgende **Sozialdaten an die angekreuzten Stellen übermitteln** darf:

Weiterleitung an	Zur Übermittlung vorgesehene Sozialdaten
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Stammdaten (z. B. Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Angaben zu schulischen Leistungen/Schulabschlüssen
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Angaben zu besonderen Fähigkeiten/Kenntnissen
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Angaben zum Gesundheitszustand
<input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/> Angaben zu notwendigen Maßnahmen
<input type="checkbox"/> Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger/Sozialamt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

Die Weiterleitung der o. g. Daten verfolgt den Zweck den Sozialhilfe- und/oder Teilhabebedarf zu ermitteln.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formungebunden gegenüber der zuständigen Behörde widerrufen. Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten beachtet werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Nutzung von Sozialdaten gem. § 67 ff. SGB X keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit der Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Bedarfsermittlung notwendigen Daten auch selbst gegenüber anderen Behörden erklären.

Ort, Datum

Unterschrift leistungsberechtigte Person
ggf. gesetzlicher Vertrete