

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe
-Fahrdienst für schwer behinderte Menschen (Leistung zur Mobilität)-
 (§§ 99, 113 Abs.1 und Abs. 2 Nr. 7 SGB IX i. V. m. § 114 SGB IX i.V. m. § 83 Abs.1 Nr. 1 und Abs.2 Satz 1 SGB IX und § 102 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) **ab**

1. Persönliche Verhältnisse

	des Antragstellers	des Ehegatten / Lebenspartners bzw. des Vaters (bei Minderjährigen)	der Mutter (bei Minderjährigen)
1.1 Name (ggf. auch Geburtsname und frühere Namen)			
1.2 Vorname			
1.3 Geburtsdatum und -ort/-land			
1.4 Familienstand (z.B. ledig, verheiratet, getrennt lebend, etc.)			
1.5 Staatsangehörigkeit			
1.6 PLZ / Wohnort			
1.7 Straße			
1.8 Telefon			
1.9 Beruf / Arbeitgeber			
1.10 krankenversichert bei			

2. Weitere Person(en), die im Haushalt des/der Leistungsberechtigten wohnt/wohnen:

Name, Vorname	Beruf	Verwandschaftsverhältnis	Geburtsdatum	Familienstand

3. Wohnverhältnisse des Antragstellers und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen
 (Nachweise erforderlich)

3.1 Kosten der Unterkunft	Zu den Leistungen für die Unterkunft zählen neben der Miete grundsätzlich auch die vertraglich festgelegten laufenden Nebenleistungen. Bei Eigenheimbesitzern, Inhabern von Wohnungseigentum usw. zählen hierzu die tatsächlich entstehenden <u>angemessenen</u> Ausgaben, soweit sie den Rahmen der ortsüblichen Miete nicht wesentlich überschreiten. Zum Bedarf für die Unterkunft gehören nicht , Strom, Kabelanschluss, Warmwasser, Rundfunkgebühr, Rückstellungen f. künftige Hausreparaturen, etc..			
3.2 Miete	Kaltmiete: €	Heizung: €	Warmwasser: €	Sonstige Nebenkosten: €
Sie werden gebeten, den vollständigen Mietvertrag und die aktuelle Nebenkostenabrechnung in Kopie vorzulegen!				

3.3 Eigengenutztes Eigenheim	Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen, wie <ul style="list-style-type: none"> • Kabel-, Kanal-, Müll- und Schornsteingebühr • Grundsteuer • Darlehenszinsen etc. auf einem gesonderten Blatt an und fügen Sie geeignete Nachweise in Kopie bei.
3.4 Unterbringung im	<input type="checkbox"/> Alten- / Pflegeheim <input type="checkbox"/> Wohnheim für behinderte Menschen Monatlich anfallende Kosten (nur Unterkunft) _____ € <input type="checkbox"/> Die ungedeckten Kosten werden übernommen von _____
3.5 Wohngeld	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ bei(m) _____ <input type="checkbox"/> ist bewilligt in Höhe von mtl. _____ €

4. Einkommensverhältnisse (bitte aktuelle Nachweise beifügen):

Art (Arbeit, Renten, Zinsen, sonstiges)	Mtl. Nettoeinkommen		
	des Antragstellers	des Ehegatten bzw. des Vaters	der Mutter bzw. Haushaltsangehörigen
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

5. Vermögensverhältnisse (bitte aktuelle Nachweise beifügen):

Art des Vermögens	Vermögen		
	des Antragstellers	des Ehegatten bzw. des Vaters	der Mutter bzw. Haushaltsangehörigen
Bargeld	€	€	€
Bank-/Sparguthaben	€	€	€
Lebensversicherungen (Rückkaufswerte)	€	€	€
Wertpapiere	€	€	€
Grundbesitz / Hauseigentum	€	€	€
Sonstiges Vermögen	€	€	€
	€	€	€

6. Sonstige Angaben

6.1 Dauernde Behinderung / Krankheit besteht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie übersenden)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Festgestellter Grad der Behinderung (GdB):	v.H.	Merkzeichen

6.2 Ich besitze ein eigenes Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In der Familiengemeinschaft ist ein eigenes Kfz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, warum kann es nicht benutzt werden?		
6.3 Ich habe vertragliche Ansprüche gegen Dritte (z.B. Übergabevertrag, Heimvertrag) auf unentgeltliche Fahrdienste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.4 Ich kann wegen Art und Schwere der Behinderung öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Begründung (bitte auch ärztliches Attest mit Diagnose über bestehende Behinderung(en) und Schwerbehinderten <u>bescheid</u> beifügen):		
6.5 Es wird um Übernahme der Kosten für überwiegend folgende Fahrten gebeten:		
6.6 Die Behinderung ist Folge eines (falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)	<ul style="list-style-type: none"> - Unfalles - Impfschadens - schuldhaften Verhaltens Dritter - militärischen Dienstes 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.7 Werden jetzt oder wurden bereits früher Leistungen der Sozialhilfe/ Grundsicherung / Kriegsopferfürsorge bezogen (bitte Bescheide in Kopie beifügen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.8 Besteht eine Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Betreuerausweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Betreuung beantragt am	<input type="text"/>
7. Bankverbindung des Leistungsberechtigten		
Bankinstitut	<input type="text"/>	IBAN <input type="text"/>
		BIC <input type="text"/>
Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)		
<p>Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.</p> <p>Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.</p> <p>Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs.1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.</p> <p>Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-niederbayern.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ursulinengässchen 537a, 84028 Landshut, Telefon: 0871/97512-575, E-Mail: datenschutz@bezirk-niederbayern.de erreichen können.</p>		

Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialhilfe zurückzahlen muss.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der für die Hilfestellung bestehenden Voraussetzungen (z.B. auch Verfügbarkeit eines geeigneten PKW) unverzüglich und unaufgefordert dem Bezirk Niederbayern –Sozialverwaltung- mitzuteilen haben.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu. Mit einer amtsärztlichen Untersuchung bin ich einverstanden.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Daten, die dem Bezirk Niederbayern bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche Aufgaben (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ihre ärztlichen Dienste sowie einem vom Bezirk Niederbayern beauftragten Gutachter übermittelt werden dürfen.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsofopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

.....
.	Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter
Ort, Datum	