

**Kreisverwaltung Altenkirchen**

**Parkstr. 1  
57610 Altenkirchen**

Aktenzeichen: \_SGU\_\_\_\_\_

**Antrag/Fragebogen Übernahme der Kosten für den Besuch der**

\_\_\_\_\_  
(Name der Werkstatt bzw. Tagesförderstätte

nach dem SGB IX

	<b>Antragsteller/in</b>	<b>Ehegatte/Lebenspartner</b>
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsname</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Telefon und Mailadresse</b>		
<b>Familienstand</b>		
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Beruf/Tätigkeit</b>		
<b>Arbeitgeber</b>		
<b>Krankenkasse</b>		
<input type="checkbox"/> <b>schwerbehindert/Grad</b>		

Sofern eine Schwerbehinderung anerkannt wurde, fügen Sie bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises bei.

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (Eltern, Kinder, Verwandte usw.)

	<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>berufliche Tätigkeit</b>	<b>Familienstand</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**Ist ein Betreuer bestellt?**

**Ja**

**Nein**

Sofern eine Betreuung eingerichtet ist, fügen Sie bitte eine Kopie der Bestellsurkunde bei.

**Wurden bereits andere Sozialleistungen beantragt?** **Ja**

**Nein**

**Wenn ja, welche?** .....

Geben Sie hier bitte unbedingt Ihre

**Rentenversicherungsnummer inkl. Rententräger:** \_\_\_\_\_

und Ihre **Krankenversicherungsnummer inkl. Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

an.

**Ist die Behinderung ursächlich auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder bestehen sonstige Ansprüche?**

( ) nein

( ) ja, es handelt sich um einen

( ) Unfall

( ) Verkehrsunfall

( ) Impfschaden

( ) Sonstiges (z. B. BVG-Anspruch)

( ) ärztlicher Behandlungsfehler

Bemerkungen:

**Ich/Wir versichere, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche oder unvollständige Angaben Betrug darstellen und strafrechtlich verfolgt werden können. Ich/wir nehmen zur Kenntnis, dass Änderungen in den Verhältnissen, die für die Hilfe maßgeblich sind, unverzüglich dem Eingliederungshilfeträger anzuzeigen sind.**

**Ich/Wir erklären uns ausdrücklich damit einverstanden, dass nach §§ 96 SGB IX alle mit diesem Antrag bekanntwerdenden Daten an beteiligte Rehaträger, Leistungserbringer usw. weitergeleitet werden dürfen.**

Allgemeine Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage des Kreises Altenkirchen ([www.kreis-altenkirchen.de](http://www.kreis-altenkirchen.de)) unter: **Datenschutz** (unten beim Impressum) à **Datenschutzerklärungen der Fachbereiche à Sozialhilfe, Eingliederungshilfe**. Dort finden Sie entsprechend auch eine **Datenschutzerklärung in einfacher Sprache (Datenschutzerklärung Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (einfache Fassung))**. Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin übersenden wir Ihnen die **Datenschutzerklärung auch in ausgedruckter Form**.

**Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden.**

**Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe sich notwendige Informationen und Unterlagen bei anderen Behörden, Institutionen, Einrichtungen, etc. beschaffen kann, die für die Antragsbearbeitung notwendig sind**

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des/r Antragstellers/in bzw.  
Hilfempfangers/in

bzw. gesetzlichem Vertreter