



Name, Vorname Antragsteller*in

Telefonnummer, E-Mail

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe
nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

zur Vorlage beim Magistrat der Stadt Wetzlar, Jugendamt, Eingliederungshilfe,
Karl-Kellner-Ring 35, 35576 Wetzlar

Folgeantrag Erstantrag

auf Leistungen in einer besonderen Wohnform (z. B. Internat, Wohnheim)

Name der Einrichtung: _____

Geplantes Aufnahmedatum: _____

Anschrift: _____

auf Leistungen in einer Pflegefamilie/Erziehungsstelle

Name: _____

Anschrift: _____

Kontakt Daten: _____

Welche Leistung wird beantragt? _____

Angaben zur antragstellenden Person/Leistungsberechtigte/r:

	Leistungsberechtigte/r	1. Sorgeberechtigte/r*	2. Sorgeberechtigte/r*
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Staatsangehörigkeit*1			
Kita/Schule des/der Leistungsberechtigten			

*Bei alleinigem Sorgerecht, ist ein Nachweis vorzulegen.

*1Bei ausländischer Staatsbürgerschaft, sind Kopien der Ausweisdokumente beizufügen.


Besteht ein Betreuungsverhältnis?
 nein

 ja Name: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Bitte Kopie des Betreuungsausweises beifügen!
Besteht eine Vormundschaft?
 nein

 ja Name: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Bitte Kopie der Bestellung des Vormunds beifügen!
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?
 nein

 ja ausgestellt am: _____ durch: _____ GdB: _____

Merkzeichen: _____

Bitte Kopie des Ausweises beifügen!
Liegt ein Pflegegrad vor?
 nein

 ja festgestellt am: _____ Pflegegrad: _____

Bitte Kopie des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (MDK-Gutachten) beifügen!
Besteht eine Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?
 nein

 ja Name: _____ Anschrift: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Wie oft befindet sich der/die Leistungsberechtigte/r im eigenen/elterlichen Haushalt?
 während den Ferien (ca. 90 Tage/Jahr)

 während den Ferien und jedes Wochenende (ca. 170 Tage/Jahr)

 während den Ferien und jedes zweite Wochenende (ca. 130 Tage/Jahr)

 nie

 unregelmäßig, an ca. _____ Tagen/Jahr



Für die Antragsbearbeitung sind folgende Unterlagen notwendig:

Unterlagen Antragsteller*in/Leistungsberechtigte*r:			
ist beigefügt:	wird nachgereicht:	liegt bereits vor:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie der Geburtsurkunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztbericht/e mit Diagnose/n nach ICD-10 (nicht älter als 2 Jahre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erklärung über die Einkommensverhältnisse mit Nachweisen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erklärung über die Vermögensverhältnisse mit Nachweisen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erklärung zur Berechnung der häuslichen Ersparnis (bei Folgeanträgen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) – falls vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie des Schwerbehindertenausweises – falls vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie des Betreuungsausweises/Nachweis der Vormundschaft – falls notwendig

Unterlagen des Leistungserbringers (Wohnheim, Internat):			
ist beigefügt:	wird nachgereicht:	liegt bereits vor:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellungnahme/Bericht des Leistungserbringers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswertungsraster zur Einstufung nach Metzler (Hilfebedarfsgruppe)
bei Internat:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellungnahme Schule/Schulamt über Notwendigkeit der Aufnahme/Fortführung des Internatsbesuchs
bei Pflegefamilien:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegeerlaubnis nach § 44 SGB VIII

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in/1. Sorgeberechtigte*r
bzw. gesetzliche Betreuungsperson/Vormund

Ort, Datum

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r