



\_\_\_\_\_  
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, Eingliederungshilfe, Karl-Kellner-Ring 35, 35576 Wetzlar

für Persönliches Budget (monatlich)

Welche Unterstützung möchten Sie sich einkaufen: \_\_\_\_\_

Geplanter Beginn: \_\_\_\_\_

(Beginn frühestens zum ersten des Monats, indem der Antrag eingegangen ist!)

für Persönliches Budget (einmalig)

Welche Hilfe/welche Leistung möchten Sie sich einkaufen: \_\_\_\_\_

Geplante Ausführung (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Bitte einen Kostenvoranschlag einreichen!**

Wozu wird das persönliche Budget benötigt bzw. welche Leistung/en möchten Sie sich hiermit einkaufen (bei monatlicher Leistung zusätzliche Angaben zum geplanten monatlichen Stundenumfang):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angaben zur antragstellenden Person/Leistungsberechtigte/r:**

	Leistungsberechtigte/r	1. Sorgeberechtigte/r*	2. Sorgeberechtigte/r*
<b>Name</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Straße, Hausnummer</b>			
<b>PLZ, Wohnort</b>			
<b>Staatsangehörigkeit*1</b>			

\*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.: \_\_\_\_\_



Für die Antragsbearbeitung sind folgende Unterlagen notwendig:

ist beigefügt:	wird nachgereicht:	liegt bereits vor:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie der Geburtsurkunde (bei Minderjährigen)
<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"/>	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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift antragstellende Person/1. Sorgeberechtigte/  
bzw. der gesetzlichen Betreuungsperson

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift antragstellende Person/ 2.Sorgeberechtigte/  
bzw. der gesetzlichen Betreuungsperson