



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

einer Therapie

Therapieart: _____

(Gewünschter) Leistungserbringer: _____

Anschrift: _____

Geplanter Beginn: _____

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

zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten

Art der Hilfe: _____

(Gewünschter) Leistungserbringer: _____

Anschrift: _____

Geplanter Beginn: _____

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

Welche Ziele sollen erreicht werden/In welchen Bereichen wird Unterstützung benötigt (bitte genau erläutern):



Angaben zur antragstellenden Person/Leistungsberechtigte/r:

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

*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"/>	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"/>	Erklärungen über Einkommens- und Vermögensverhältnisse (<u>bei Erwerb und Erhalt von praktischen Kenntnissen und Fähigkeiten</u>) mit Nachweisen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellungnahme des Leistungserbringers über den Bedarf der beantragten Leistung
<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