



\_\_\_\_\_  
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*
<b>Name</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Straße, Hausnummer</b>			
<b>PLZ, Wohnort</b>			
<b>Staatsangehörigkeit*<sup>1</sup></b>			

\*Bei alleinigem Sorgerecht, ist ein Nachweis vorzulegen.

\*<sup>1</sup>Bei 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