

**Antrag auf Kostenübernahme für Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII**  
**in Form von Familienunterstützenden Hilfen (FuH)**

Erstantrag

Folgeantrag

<b>1. Angaben zum Antragsteller</b>				
Vor- und Zuname:				
Geburtsdatum:		männl. <input type="checkbox"/>	weibl. <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer:				
Wohnort:				
Telefon:				
Staatsangehörigkeit:				
Aufenthaltsrechtlicher Status: (entfällt bei Staatsangehörigkeit Deutsch)				
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____	
Schwerbehindertenausweis:	Datum:		GdB:	

<b>2. Gesetzlicher Betreuer (Bei Minderjährigen: Eltern)</b>	
Vor- und Zuname:	
Straße, Hausnummer:	
Wohnort:	
Telefon:	

<b>3. Häusliches und soziales Umfeld</b>		
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in einer stationären Einrichtung		
Falls ja, vorheriger Wohnort:		
<input type="checkbox"/> bei Eltern/Familie/Partner	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> sonstige:
Unterstützung durch:		
<input type="checkbox"/> Eltern, Verwandte, Freunde	<input type="checkbox"/> Ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Allgemeinen Sozialdienst
<input type="checkbox"/> Psychosozialen Dienst	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

<b>4. Ansprüche gegenüber Dritten</b> (z. B. durch Unfall, Impfschaden, Behandlungsfehler, Tätlichkeit)	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

<b>5. Art der Behinderung</b>		
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Psychische/Seelische Behinderung
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung
<input type="checkbox"/> Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Sonstige Einschränkung:		
Hilfsmittelversorgung:		

<b>6. Freizeitgestaltung</b>		
<input type="checkbox"/> in betreuten Gruppen	<input type="checkbox"/> in Vereinen	<input type="checkbox"/> mit Freunden/Bekanntem
<input type="checkbox"/> Gemeinde	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> sonstige:

### 7. Soziale Beziehungen

- Kontakte zu Verwandten
- Partnerschaftliche Beziehung
- Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn, Arbeitskollegen
- sonstige:
- keine

### 7. Art der beantragten Leistung

- Leistung eines Dienstes, \_\_\_\_\_ Stunden im Quartal (höchstens 60 Stunden im Quartal)
- Persönliches Budget/Geldleistung (höchstens 200 € im Monat)

Begründung (Wie sollen die FuH-Leistungen genutzt werden?)

### 8. Notwendige Unterlagen

Ärztliche Stellungnahmen/Medizinische Berichte sind beigelegt (nur bei <u>Erstantrag</u> notwendig)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kopie des Schwerbehindertenausweises ist beigelegt (falls vorhanden)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bestellungsurkunde des gesetzlichen Betreuers ist beigelegt (falls vorhanden)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fragebogen sowie Nachweise zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen sind beigelegt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die beantragte Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Die Regelungen in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren - (SGB X) werden beachtet.

Die Übermittlung der Daten erfolgt im gesetzlich zulässigen Rahmen.

|  
\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Antragsteller/in)