

Name der entgegennehmenden Stelle

Landratsamt Weimarer Land  
Sozialamt  
Hilfe zur Lebenssicherung  
Bahnhofstraße 28  
99510 Apolda

Sozialamt

Bahnhofstraße 28  
99510 Apolda

PF 1354  
99503 Apolda

Telefon: +49 3644 540-0  
Telefax: +49 3644 540-850  
post.sozialamt@weimarerland.de

Guten Tag,

Sie haben einen umfangreichen Vordruck vor sich, um Leistungen der Eingliederungshilfe zu beantragen. Durch einen eindeutig ausgefüllten Antrag und vollständige Unterlagen helfen Sie uns, Nachfragen zu vermeiden und möglichst schnell über Ihr Antragsbegehren zu entscheiden. Füllen Sie den Antrag daher bitte genau aus und fügen Sie, wenn zutreffend, die nachfolgend aufgelisteten Unterlagen bei.

**Zu 1, 2, 3, 5, 6**

Betreuerausweis (sofern eine Betreuung besteht)	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
gültiger Personalausweis oder Reisepass	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
ggf. Aufenthaltstitel	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Schwerbehindertenausweis oder Bescheid über Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Vollmacht (wenn Sie von einer anderen Person vertreten werden)	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Befundberichte, ärztliche Stellungnahmen	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Bescheide bezüglich anderer Rehabilitationsleistungen/ Ansprüche gegenüber Dritten	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:

**Zu 7 „Einkommen“**

Zur Bestimmung von Zuschlägen auf das überwiegende Einkommen sind auch die Einkünfte des Ehegatten/der Ehegattin bzw. bei Minderjährigen die Einkünfte beider Elternteile (sofern alle zusammen in einem Haushalt leben) anzugeben bzw. nachzuweisen.

Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres (bei getrennter Veranlagung von Ehegatten beide Bescheide)	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Rentenbescheid des Vorvorjahres	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Bei erheblichen Abweichungen der aktuellen Einkommenssituation gegenüber dem Vorvorjahr sind Nachweise einzureichen, die eine prognostische Ermittlung der Einkünfte ermöglichen (Angabe unter 7.3).	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:

**Zu 8 „Vermögen“**

Lückenlose Kontoauszüge der letzten 3 Monate und Kontoauszug des Monats Januar aller vorhandenen Konten (auch als Onlineauszüge mit Anfangs- und Endbestand pro Monat)	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Sparbücher	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Spar- und Bausparverträge	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Versicherungsscheine und aktueller Rückkaufswert (z. B. Lebens-, Sterbe-, Riesterversicherung etc.)	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:
Grundbuchauszug	vorhanden nicht vorhanden	wird nachgereicht am:

**Um Ihrerseits mit der Antragstellung die Beibringung von möglicherweise unnötigen und umfangreichen Einkommens- und Vermögensunterlagen zu vermeiden, empfiehlt es sich, den Antrag im Amt im Rahmen einer Erstberatung auszufüllen, so dass dabei schon die Zuordnung der Leistung der Eingliederungshilfe in die jeweilige Leistungsgruppe erfolgen kann. Davon hängt in vielen Fällen die Notwendigkeit einer weiteren Einkommens- und Vermögensprüfung ab.**

Die Antragsunterlagen können Sie versenden oder persönlich abgeben. Falls notwendig, werden Sie auch beim Ausfüllen des Antrages unterstützt, hierfür sprechen Sie bitte während der Öffnungszeiten vor bzw. vereinbaren einen Termin.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/Bevollmächtigter  
gesetzl. Betreuer

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
für Menschen mit Behinderung oder für von Behinderung bedrohte Menschen**

Name, Vorname des Antragstellers:

Antragstellung erfolgte im Rahmen der Erstberatung am:

Antrag wurde von Antragsteller/Vertretungsperson übermittelt **Eingang:**

Ich/Wir beantrage/n nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe – § 102 SGB IX

**Medizinische Rehabilitation** gemäß § 102 (1) Nr. 1 SGB IX

**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** gemäß § 102 (1) Nr. 2 SGB IX

**Leistungen zur Teilhabe an Bildung** gemäß § 102 (1) Nr. 3 SGB IX

**Leistungen zur sozialen Teilhabe** gemäß § 102 (1) Nr. 4 SGB IX

Nähere Beschreibung der Leistung:

## 1 Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Antragsteller/in ist:        minderjährig                volljährig

Geschlecht:                männlich                weiblich                divers

Name, Vorname (ggf. früherer Name):

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):

(freiwillig: Telefon-Nr./Handy-Nr. und E-Mail-Adresse)

In Deutschland lebend seit Geburt:        ja                nein

Wenn nein, wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen:

Wann:                                Woher:

Grund:

Geburtsdatum:                                Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:        ledig                verheiratet                getrennt lebend                geschieden                verwitwet

### Wohnsituation:

Antragsteller wohnt in einer

Wohnung                                besonderen Wohnform                                anderen Unterbringungsform

Wohngemeinschaft                § 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII                                z. B. Einrichtung § 43a SGB XI

§ 42 a Abs.2 Nr. 1 SGB XII

### Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit:

Schulbildung (Klasse, höchster Abschluss):

Berufsausbildung (erlernter Beruf, Abschlüsse)

Ausgeübter Beruf/Tätigkeit:

**2 Ergänzende sozialrechtliche Angaben**

Schwerbehindertenausweis vorhanden: ja nein in Beantragung  
 gültig bis: GdB: Merkzeichen:

<b>Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI:</b>	Leistungen der Pflegeversicherung:	
	nein	
	ja	Pflegegrad: 1 2 3 4 5 seit:
	Pflegegeld	Leistungshöhe = €
	Pflegesachleistung	Leistungshöhe = €
	Kombinationsleistung	Leistungshöhe = €
Pflege in besonderen Wohnformen	Leistungshöhe = €	
Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI:		
€	€	
Werden Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Sehhilfe) benötigt:		
nein	ja Welche:	
Sonstige in Anspruch genommene Leistungen nach dem SGB XI:		

**Kranken- und Pflegeversicherung:**

gesetzlich freiwillig privat familienversichert keine Krankenversicherung  
 Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen: Versicherungsnummer:

**Rentenversicherungsnummer:**

**Kunden-Nr. Agentur für Arbeit/Jobcenter:**

**Diagnostik/Kurzangaben:**

Gutachten/Untersuchungsberichte sind beigelegt/liegen vor.

**Behandelnde Fachärzte (Name, Anschrift):**

**In Anspruch genommene Einrichtungen und Dienste in den vergangenen 6 bzw. 12 Monaten**  
 (ggf. durch andere Leistungserbringer/Leistungsträger, auch durch andere Landkreise):

### **3 Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der antragstellenden Person**

#### **3.1 Volljährige antragstellende Person**

Es besteht eine rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB; gültig bis:

Es besteht eine Vertretungsbefugnis kraft Vollmacht.

Es wurde eine rechtliche Betreuung beantragt.

Es liegt keine rechtliche Betreuung/Vollmacht vor.

Name, Vorname der zur Vertretung berechtigten Person:

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):

(freiwillig: Telefon-Nr./Handy-Nr. und E-Mail-Adresse)

#### **3.2 Minderjährige antragstellende Person**

Personensorge:

beide Eltern      Vater      Mutter      Vormund/Amtsvormund      Ergänzungspfleger

Name/n, Vorname/n der zur Vertretung berechtigten Person/en:

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) der Eltern (nur wenn abweichend von Minderjährigem):

(freiwillig: Telefon-Nr./Handy-Nr. und E-Mail-Adresse)

Eltern sind      Elternteil ist      folgenden weiteren Kindern im Haushalt unterhaltsverpflichtet:

Name, Vorname:      Geburtsdatum:

Name, Vorname:      Geburtsdatum:

Name, Vorname:      Geburtsdatum:

Name, Vorname:      Geburtsdatum:

**4 Weitere Antragsbegründung/Sonstige Anmerkungen**

### 5 Aktuell genutzte Rehabilitationsleistungen

Reha-Leistung/Reha-Träger	Bemerkung
Gesetzliche Krankenkasse Bundesagentur für Arbeit	(z. B. Berufsausbildung/Qualifizierung, Berufsbildung in WfbM)
Gesetzliche Unfallversicherung Rentenversicherung	(z. B. Umschulung/Qualifizierung, Sonstige)
Soziale Entschädigung	(z. B. Entschädigungszahlungen, Krankenbehandlung)
Öffentliche Jugendhilfe	(z. B. soziale Teilhabe, Hilfe zur Schulbildung)
Eingliederungshilfe nach SGB IX	(z. B. Ambulant Betreutes Wohnen, Budget für Arbeit)

### 6 Angaben zu Ansprüchen gegenüber Dritten

Bestehen Ansprüche gegenüber Dritten:        nein        ja

Falls ja, bitte entsprechende Ansprüche kennzeichnen und Bemerkung hinzufügen.

Ansprüche gegenüber Dritten	Bemerkung (z. B. Art, in Beantragung)	Betrag in €
Unterhaltsvorschuss		
Schadensersatzansprüche		
Versorgungs-/ Zugewinnausgleich		
Beihilfeanspruch		
Lohnforderung		
Unterhaltssicherung		
Lastenausgleichsleistungen		
Entschädigungszahlungen nach SGB XIV		
Sonstige Ansprüche gegen Dritte		



**Ziffer 7 IST NUR DURCH DIE BEHÖRDE AUSZUFÜLLEN!**

## 7 Einkommen (aus dem In- und Ausland)

### Vorabprüfung des Einkommenseinsatzes

Einkommen ist wegen Freistellung nach § 138 Abs.1 Nr. SGB IX nicht einzusetzen.  
Gleiches gilt für evtl. vorhandenes Vermögen (§ 140 Abs. 3 SGB IX).

**Keine weitere Prüfung des Einkommens erforderlich; der Antrag ist weiter ab Ziffer 11 auszufüllen!**

Einkommen ist wegen offensichtlicher Nichtüberschreitung der Bezugsgröße nach § 136 Abs. 2-5 SGB IX nicht einzusetzen.

**Keine weitere Prüfung des Einkommens erforderlich; der Antrag ist weiter ab Ziffer 8 auszufüllen!**

Wegen möglicher häuslicher Ersparnisse für den Lebensunterhalt ist nach § 142 Abs. 1 SGB IX ein Kostenbeitrag zu prüfen! Darüber ergeht dann ein gesonderter Bescheid.

### 7.1 Volljährige antragstellende Person

Maßgeblich sind die **steuerlich relevanten Einkünfte** und die Bruttorente der volljährigen antragstellenden Person. Einkünfte eines Ehegatten/einer Ehegattin oder eines Partners/einer Partnerin sind lediglich zur Bestimmung von Zuschlägen nach § 136 Abs. 2-4 SGB IX bei der Berechnung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nachzufragen. Im Übrigen erfolgt eine Veranlagung zur Einkommensteuer nur, wenn steuerliche Einkünfte oberhalb des jeweiligen Grundfreibetrages (2018 = 9.000 €; 2019 = 9.168 €; 2020 = 9.408 €) erzielt werden.

Die Grundfreibeträge verdoppeln sich bei gemeinsam veranlagten Ehegatten; hinzukommen ggfs. Kinderfreibeträge. Bei Einkünften unter den Grundfreibeträgen erfolgt wegen Geringfügigkeit keine Veranlagung.

Einkommensteuerbescheid liegt nicht vor, weil wegen Geringfügigkeit keine Veranlagung erfolgt.

Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid des Vorvorjahres ist vorhanden/beigefügt.

Einkommensteuerbescheid liegt noch nicht vor, weil Veranlagung des Vorvorjahres noch nicht abgeschlossen ist (z. B. bei einem noch anhängigen Veranlagungs- oder Einspruchsverfahren beim Finanzamt).

Einkommensteuerbescheid/Rentenbescheid liegt vor, jedoch bestehen erhebliche Abweichungen gegenüber der aktuellen Einkommenssituation; **weiter Ziffer 7.3!**

Rentenbescheid(e) des Vorvorjahres liegt/liegen vor bzw. ist/sind beigefügt.

### 7.2 Minderjährige antragstellende Person

Maßgeblich sind die **steuerlich relevanten Einkünfte** und die Bruttorente der antragstellenden minderjährigen Person nur, insofern eine Veranlagung zur Einkommensteuer besteht. Das ist der Fall, wenn steuerliche Einkünfte oberhalb des jeweiligen Grundfreibetrages (2018 = 9.000 €; 2019 = 9.168 €; 2020 = 9.408 €) erzielt werden und eine Veranlagung erfolgte. Im Übrigen sind Renteneinkünfte des Minderjährigen und die Einkünfte der mit dem Minderjährigen in einem Haushalt lebenden Eltern oder des Elternteils maßgeblich.

**Einkommen der minderjährigen antragstellenden Person**

Minderjährige antragstellende Person verfügt über kein steuerlich relevantes Einkommen.

Minderjährige antragstellende Person verfügt über steuerlich relevantes Einkommen und Steuerbescheid des Vorvorjahres liegt vor/ist beigefügt.

Minderjährige antragstellende Person verfügt über Renteneinkünfte. Bescheid/e liegt/liegen vor!

**Einkommen der Eltern/des Elternteils im Haushalt der antragstellenden Person**

Steuerbescheid/e des Vorvorjahres (bei getrennter Veranlagung der Eltern beide Bescheide) liegt/liegen vor bzw. ist/sind beigefügt.

Steuerbescheid/e liegt/liegen noch nicht vor, weil Veranlagung des Vorvorjahres noch nicht abgeschlossen.

Steuerbescheid/e liegt/liegen vor, jedoch bestehen erhebliche Abweichungen gegenüber der aktuellen Einkommenssituation (§ 135 Abs. 2 SGB IX); **weiter Ziffer 7.3!**

Rentenbescheid/e des Vorvorjahres liegt/liegen vor bzw. ist/sind beigefügt.

Die erheblichen Abweichungen ergeben sich wegen:

Veränderungen in der Erwerbstätigkeit oder Erwerbsfähigkeit gegenüber dem Vorvorjahr (z. B. wegen Krankheit, Eintritt der Behinderung, Arbeitslosigkeit)

Veränderungen in der persönlichen und familiären Situation (z. B. Trennung, Scheidung, Tod des Partners/der Partnerin)

Sonstiger Grund:

**7.3 Darstellung der voraussichtlichen steuerlichen Einkünfte des aktuellen Jahres (§ 135 Abs. 2 SGB IX)**

Voraussichtliche Einkünfte aus Einkunftsarten nach § 2 Abs. 2 EStG	Bei Volljährigen:	
	antragstellende Person	Ehegatte/Partner (für Zuschlag)
	Bei Minderjährigen:	
	Vater	Mutter
Land- und Forstwirtschaft	€	€
Gewerbebetrieb	€	€
Selbständiger Arbeit	€	€
Nichtselbständiger Arbeit	€	€
Kapitaleinkünfte	€	€
Vermietung und Verpachtung	€	€
Sonstige Einkünfte:	€	€

In den vorstehenden Fällen ist eine prognostische Ermittlung der voraussichtlich relevanten Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG des laufenden Jahres vom Träger der Eingliederungshilfe erforderlich. Dazu sind im Einzelfall ggf. weitere Angaben nachzufragen.

8 Vermögen (im In- und Ausland)

	Antragsteller/in			Bei Minderjährigen: Eltern		
Bargeld	ja	nein	€	ja	nein	€
Bankguthaben	ja	nein	€	ja	nein	€
	<b>IBAN</b>			<b>IBAN</b>		
Sparguthaben	ja	nein	€	ja	nein	€
	<b>Konto-Nr.</b>			<b>Konto-Nr.</b>		
Wertpapiere	ja	nein	€	ja	nein	€
	<b>Depot</b>			<b>Depot</b>		
Bestattungsvorsorge	ja	nein	€	ja	nein	€
Geldanlage, Lebens-, Kapitalver- sicherung, Bausparvertrag	ja	nein	€	ja	nein	€
	<b>Vertrags-Nr.</b>			<b>Vertrags-Nr.</b>		
Staatl. geförderte private Altersvor- sorge (z. B. Riester- Rente)	ja	nein	€	ja	nein	€
	Vertrags-Nr.			Vertrags-Nr.		
Kraftfahrzeug/ Motorrad/Klein- kraftrad etc.	ja	nein	Typ:	ja	nein	Typ:
			Kennzeichen:			Kennzeichen:
Haus- und Grund- besitz im In- und Ausland (auch Miet- eigentum)	ja	nein	Eigentumswohnung Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus land- und forstwirt- schaftlicher Grund- besitz unbebautes Grund- stück sonstiger Grund- besitz	ja	nein	Eigentumswohnung Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus land- und forstwirt- schaftlicher Grund- besitz unbebautes Grund- stück sonstiger Grund- besitz
Grundstücks- bezeichnung und Lage erläutern (Grundbuch-Nr.)						

	Antragsteller/in			Bei Minderjährigen: Eltern			
Grundstücksgröße Wohnfläche selbst bewohnt	ja	nein	Verkehrswert:	ja	nein	Verkehrswert:	
		qm	€		qm	€	
			Miet-/Pachteinnahmen:			Miet-/Pachteinnahmen:	
			€			€	
			Belastung/Zinsen:			Belastung/Zinsen:	
			€			€	
			Tilgung:			Tilgung:	
			€			€	
		ja	nein	Verkehrswert:	ja	nein	Verkehrswert:
			qm	€		qm	€
			Miet-/Pachteinnahmen:			Miet-/Pachteinnahmen:	
			€			€	
			Belastung/Zinsen:			Belastung/Zinsen:	
			€			€	
			Tilgung:			Tilgung:	
			€			€	
Weitere Grundstücke auf einem Beiblatt in gleicher Weise beschreiben.							
Sonstiges Vermögen (auch im Ausland)	ja	nein	Art und (geschätzten) Wert angeben	ja	nein	Art und (geschätzten) Wert angeben	
			€			€	

## 9 Angaben zu Erbsprüchen

	Antragsteller/in			Bei Minderjährigen: Eltern		
Erbansprüche	ja	nein	€	ja	nein	€
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (Wohnrecht, Nießbrauch, Pflege etc.)	ja	nein	Art:	ja	nein	Art:
			Betrag:			Betrag:
			€			€

**10 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren verschenkt oder sonst übertragen oder zur Schuldentilgung verwendet?** (ggf. Beiblatt beifügen)

nein ja

Falls ja, wann:

Verwendungszweck:

Anschrift Empfänger:

Vermögensart/Wert:

€

€

€

**11 Bankverbindung**

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an!

Geldinstitut:

BIC:

IBAN: DE

Kontoinhaber:

Die Zahlung wird auf das v. g. Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das v. g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Eingliederungshilfeträgers zurückzuzahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.

**12 Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter

<https://www.weimarerland.de/de/datenschutz-eingliederungshilfe.html>

oder über den nachfolgenden QR-Code:



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I).

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Landratsamt Weimarer Land, Sozialamt, mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

### **13 Unterschrift**

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Ich habe die Schweigepflichtentbindung ausgefüllt und dem Antrag als Anlage beigelegt.

Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein (weiteres) Informationsgespräch gebeten.

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Anlage 1

**Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht**

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X)

Name, Vorname des Leistungsberechtigten:

Geburtsdatum:

Die Schweigepflichtentbindung wird zur Feststellung der Leistungsberechtigung infolge der Bearbeitung eines Antrages auf Bewilligung/Weiterbewilligung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch benötigt.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte sowie beteiligte Rehabilitationsträger der Leistungsgesetze der Sozialgesetzgebung (z. B. Renten-, Pflege-, Krankenversicherung, Jugendhilfeträger und Jobcenter) von der Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe.

Ich bin damit einverstanden, dass medizinische/psychologische Gutachten sowie Stellungnahmen, soweit sie für die Ermittlung des Hilfebedarfs, dem Zweck der Antragstellung, der Hilfeplanung und der Betreuung erforderlich sind, von den Sozialleistungsträgern und der Betreuungseinrichtung (Leistungserbringer) verwendet werden können.

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass im Zusammenhang mit meiner Angelegenheit Auskünfte auch von Dritten bzw. Mitteilung an Dritte (z. B. Bevollmächtigte und Leistungserbringer) gemacht werden können, deren Beteiligung sich aus der Leistungsgewährung ergibt.

Diese Erklärung besteht bis zur Beendigung der Leistung durch den Träger der Eingliederungshilfe bzw. bis auf Widerruf.

Datum

Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Betreuers bzw. Vertreters

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Einrichtungen etc.) bin ich **nicht** einverstanden:

