

An den  
Landkreis Aurich  
Sozialamt  
Postfach 1480  
26584 Aurich



**Antrag auf Weitergewährung der Eingliederungshilfe im Rahmen von Assistenzleistungen  
/teilstationärer Betreuung für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen**

Ich beantrage die Kostenübernahme der

- Assistenzleistungen  
 teilstationären Betreuung

Eingang:

Die Betreuung soll fortgeführt werden ab dem \_\_\_\_\_

durch \_\_\_\_\_

- Kontoauszüge und Einkommensnachweise sind beigelegt  
 Kontoauszüge und Einkommensnachweise werden nachgereicht

**Allgemeine Daten:**

Antragsteller		
Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort	Straße und Hausnummer	
Staatsangehörigkeit	Krankenversichert bei	Telefon
Zugezogen am	Vorheriger Wohnort	
Derzeitiger Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden (bitte Scheidungsurteil beifügen)	Wohnverhältnisse: <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> eigenes Haus <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> bei	
Gesetzliche/-r Betreuer/-in:	Einstufung in eine Pflegestufe durch die Pflegekasse: <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Änderungen seit meinem letzten Antrag:		

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ges. Betreuer/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller/-in