

Zurück an:

Landkreis Aurich
Eingliederungshilfe
Fräuleinshof 3
26506 Norden

Bogen eingegangen am:

(Eingangsstempel)

Bogen ausgehändigt:

(Namenszeichen)

Überprüfungsbogen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

I) Grundangaben			
Name, Vorname (Antragsteller/in)	Geburtsdatum	Geschlecht männlich weiblich trans/inter	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
Geburtsort und Staatsangehörigkeit*	Telefonnummer	E-Mail-Adresse	
Krankenkasse (mit Anschrift und Versicherungsnummer)			
Wurde eine juristische Betreuung beantragt? ja nein	Gesetzliche/r Betreuer/in (mit Anschrift)**		

* Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

** Betreuerausweis beifügen

II) Schwerbehinderung	
Wurde bisher ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde der Antrag abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ *
Schwerbehinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> EB (entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> VB (versorgungsberechtigt) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> 1. Klasse <input type="checkbox"/> Bewegungsfähigkeit <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der

* Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

III) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

Einstufung	<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____ <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Beginn der Anerkennung: _____ Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen): _____ Erhalten Sie den Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wofür nutzen Sie den Entlastungsbetrag? _____
------------	--

IV) Beihilfeansprüche

<p>Bestehen Beihilfeansprüche?*</p> <p>Unter dem Begriff der Beihilfe versteht man die finanzielle Unterstützung von deutschen Beamten, Soldaten und Berufsrichtern. Auch die Kinder und Ehepartner des Beamten erhalten Beihilfe, falls diese nicht sozialversicherungspflichtig sind.</p> <p><u>Ein Anrecht auf Beihilfe haben zum Beispiel:</u> Bundesbeamte, Landesbeamte, Beamtenanwärter, Referendare, Polizisten, Feuerwehrleute, Soldaten und Richter.</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Berechtigter: _____ Anschrift der Beihilfestelle: _____ _____ _____ _____ Aktenzeichen: _____
---	---

*Nachweise beifügen

V) Vertrauensperson

Sofern Sie aus persönlichen Gründen nicht in der Lage sind, persönliche Angaben zu erteilen, benennen Sie bitte folgend eine ausgewählte Vertrauensperson, die dem Sozialamt bezüglich des Überprüfungsbogens Auskünfte erteilen darf.

Eine Vertrauensperson kann auch auf Ihren eigenen Wunsch am Verfahren beteiligt werden.

Name, Vorname (Vertrauensperson):

Adresse (Vertrauensperson):

Ggf. Telefonnummer (Vertrauensperson):

VI) Sind Änderungen in der aktuellen Wohn- und Familiensituation eingetreten?	
<input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Familiensituation (z. B. Heirat, Trennung, Kinder, etc.)	
VII) Sind Änderungen in der schulischen Laufbahn/beruflichen Situation eingetreten?	
VIII) Haben sich seit dem vorherigen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX (Eingliederungshilfe gesundheitliche Veränderungen ergeben?*	

*Bitte Nachweise beifügen, z. B. Befundberichte, etc.

IX) Welche Änderungen haben sich in den Umweltfaktoren ergeben? (z. B. Hilfsprodukte und Technologie, Sozialraum, soziale Unterstützung (Familie, Freund, Nachbarn, Familie, Ehrenamtliche, etc.)