

# Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe

nach dem 6. Kapitel Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII)

Eingangsstempel Behörde

Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge  
 Abteilung Soziale Leistungen  
 Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe  
 PF 100253/54  
 01782 Pirna

Tel.-Nr.: 0351/6485-336, 380, 381, 397  
 Fax-Nr.: 0351/6485-389  
 E-Mail: behindertenhilfe@landratsamt-pirna.de

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Integration KITA   | <input type="checkbox"/> Heilpädagogische KITA | <input type="checkbox"/> Schülerbeförderungskosten |
| <input type="checkbox"/> Integration Hort   | <input type="checkbox"/> Ganztagsbetreuung     | <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung           |
| <input type="checkbox"/> Integrationshelfer | <input type="checkbox"/> Wohnheim              | <input type="checkbox"/> _____                     |

Durchführung der Maßnahme in der Einrichtung (Name, Anschrift):

Beginn der Maßnahme:

Aktenzeichen:  
(bitte angeben)

I. Persönliche Verhältnisse:	Leistungsberechtigte/r (Kind)	Personensorgeberechtigte/r	
		Mutter	Vater
1. Name (ggf. Geburtsname)			
2. Vorname			
3. Geburtsdatum			
4. Geburtsort/Kreis			
5. Staatsangehörigkeit			
6. Anschrift			
7. Telefonnummer			
8. Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9. Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja gültig bis ..... <input type="checkbox"/> nein		
10. Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)
11. Familienstand			
12. Sorgerecht		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein
13. derzeitiger Besuch einer Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)		
14. gerichtlich bestellter Betreuer		<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)
15. Amtsvormund	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)		
16. Unterbringung in einer anderen Familie	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)		
17. Sozialpädagogische Familienhilfe		<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Name)
18. Pflegestufe nach SGB XI	<input type="checkbox"/> ja ..... <input type="checkbox"/> nein (Stufe)		

**II. Aufenthalt des Leistungsberechtigten innerhalb des letzten Monats vor der Antragstellung  
(wenn abweichend vom derzeitigen Wohnort)**

Zeitraum	Aufenthaltsort, Straße, Nr.	Bei Einreise aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzüberganges

**III. vorrangige Ansprüche des Leistungsberechtigten**

1. Geht die Behinderung auf einen Unfall zurück?  ja  
 nein  
(Wenn ja, Name der Versicherung .....  
und Versicherungsnummer) .....

2. Geht die Behinderung auf ein Gewaltverbrechen zurück?  ja  
 nein

3. Liegt ein Impfschaden vor?  ja  
 nein

4. Liegen Ansprüche nach dem Entschädigungsrecht vor? (Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, Infektionsschutzgesetz/Impfschäden, Häftlingshilfegesetz, Bundesentschädigungsgesetz, weitere Entschädigungsgesetze)  ja  
 nein  
(Wenn ja, welcher Art) .....

**IV. Kostenbeitrag**

Nach § 92 Abs. 2 SGB XII ist den in § 19 Abs. 3 SGB XII genannten Personen die Aufbringung der Mittel nur für die Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten. Die Kosten des in einer Einrichtung gewährten Lebensunterhalts sind nur in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen (häusliche Ersparnis) anzusetzen.

Folgende Kostenbeiträge sind bei der jeweils beantragten Eingliederungshilfe maßgebend:

- a. Integration Kita/Hort Der Kostenbeitrag in Form des Elternbeitrages ist direkt an die Einrichtung zu bezahlen.
- b. Heilpädagogische Kita Kostenbeitrag pro Anwesenheitstag
- c. Ganztagsbetreuung Kostenbeitrag pro Anwesenheitstag
- d. Ferienbetreuung Kostenbeitrag pro Anwesenheitstag
- e. Wohnheim Individuelle Ermittlung des Kostenbeitrages, sodass eine Einkommensberechnung erforderlich ist.

Für Nrn. **b.-d.**:

Wir sind/ Ich bin bereit, den für die häusliche Ersparnis festgesetzten Höchstbetrag als Kostenbeitrag nach § 92 Abs. 2 SGB XII zu leisten.

- ja wenn ja, weiter mit **Abschnitt VIII**  
 nein wenn nein, weiter mit **Abschnitt V**

**V. Familienverhältnisse: Außer dem Leistungsberechtigten und seinen Eltern leben noch im selben Haushalt**

Verwandtschaftsgrad zum Kind	Vor- und Zuname	geb. am	Familienstand	Höhe des monatl. Netto Einkommens

**Angehörige außerhalb des Haushaltes, die von den Kostenbeitragspflichtigen (Eltern) überwiegend unterhalten bzw. unterstützt werden**

Verwandtschaftsgrad zum Kind	Vor- und Zuname	geb. am	Familienstand	Höhe des monatl. Netto Einkommens

**VI. Einkommen des Leistungsberechtigten und der Kostenbeitragspflichtigen (Eltern) (Nachweise bitte beifügen)**

↓ Bitte kreuzen Sie hier an, welche Unterlagen Sie einreichen:

**Einkommen:**

- Gehalts-/Lohnnachweise
- Nachweis sonstiges Einkommen
- Steuerbescheid (bei Selbständigkeit)
- Kindergeldbescheid
- Wohngeldbescheid
- Leistungsbescheid Arbeitslosengeld
- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung
- Leistungsbescheid Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kap. SGB XII)
- Leistungsbescheid Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kap. SGB XII)
- Leistungsbescheid Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II - ALG 2, HARTZ IV)
- aktueller Rentenbescheid (Alters-, Erwerbsunfähigkeits-, Witwen-, Waisen-, sonstige Rente)
- Nachweise Einkommen der Bedarfsgemeinschaft (Einkommen Partner oder der im Haushalt lebenden Kinder, die vom Antragsteller und/oder dessen Partner unterhalten werden)
- Kindes-, Ehegattenunterhalt

**VII. Laufende Ausgaben (Nachweise bitte beifügen)**

↓ Bitte kreuzen Sie hier an, welche Unterlagen Sie einreichen:

**Wohneigentum:**

**Wohnung:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wasser- und Abwassergebühren         | <input type="checkbox"/> Mietvertrag (mit aktuellem Mietzins) |
| <input type="checkbox"/> Abfallentsorgungsgebühren            | <input type="checkbox"/> Nachweis Heizkosten                  |
| <input type="checkbox"/> Schornsteinfegergebühren             | <input type="checkbox"/> Mietbescheinigung vom Vermieter      |
| <input type="checkbox"/> Kosten Kanalisation / Fäkalienabfuhr | <input type="checkbox"/> _____                                |
| <input type="checkbox"/> Gebäudeversicherungen                |   |
| <input type="checkbox"/> Heizungskosten                       |   |
| <input type="checkbox"/> Wartungskosten Heizung               |   |
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer                          |   |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Kreditzinsen                |   |
| <input type="checkbox"/> _____                                |   |

**Sonstige Ausgaben:**

- Versicherungspolizen / Beitragsbescheide (Hausrat, Haftpflicht)
- \_\_\_\_\_

## VIII. Erklärung

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60-65 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Wir/Ich versichern/e, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind. Uns/Mir ist bekannt, dass wir/ich uns/mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache/n (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu unrecht erlangte Leistungen erstatten müssen/muss.

Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass die zuständigen Stellen (z. B. behandelnder Arzt, Sozialpädiatrisches Zentrum, Gesundheitsamt, Kindertageseinrichtung, Schule, Wohnheim etc.) zur Nachprüfung dem Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Abteilung Soziale Leistungen die notwendigen Auskünfte erteilen dürfen und damit personenbezogene Daten offenbaren. Wir/Ich ermächtige/n das Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Abteilung Soziale Leistungen, sich die für die beantragte Leistung notwendigen Auskünfte durch Dritte zu beschaffen (Einverständnis zur Offenbarung personenbezogener Daten nach § 67 SGB X).

Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse unseres/meines Kindes werden wir/ich unaufgefordert dem Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Abteilung Soziale Leistungen unverzüglich mitteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten