

An
 Stadt Remscheid
 Der Oberbürgermeister
 Fachdienst Soziales und Wohnen
 2.50.1 - Eingliederungshilfe
 Alleestraße 66
 42853 Remscheid

Antrag auf Leistungen zur Eingliederungshilfe gemäß §§ 99 ff. Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX)

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag	Datum:
--	---	---------------

1. Personendaten

	Leistungsberechtigte Person	Sorgeberechtigte/r	Sorgeberechtigte/r
Nachname ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Anschrift Straße, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer (freiwillig)			
E-Mail-Adresse (freiwillig)			
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> seit:
Staatsangehörigkeit / Aufenthaltstitel			
Gesetzliche/r Betreuer/in (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail) <i>Kopie der Bestellsurkunde beifügen!</i>			
Krankenkasse (mit Ort), Versicherungsnummer			

Hinweis: Sollten die Bereiche für Ihre Angaben nicht ausreichen, bitte entsprechende Anlagen beifügen.

2. Weitere Angaben zur leistungsberechtigten Person

Anspruchsgrundlage im Sinne der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> seelische Behinderung <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht <input type="checkbox"/> keine (drohende) wesentliche Behinderung
Schwerbehindertenausweis (Kopie beifügen)	Grad der Behinderung _ _ _ % Merkzeichen G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/>
Pflegegrad (Bescheid der Pflegekasse beifügen, falls vorhanden)	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> seit dem _ . _ . _ . _ . _ . <input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad wurde / wird beantragt. <input type="checkbox"/> Es besteht kein Anspruch auf einen Pflegegrad.

3. Art der beantragten Hilfeleistung

Begleitungen
<input type="checkbox"/> Schulbegleitung <input type="checkbox"/> Begleitung in der OGATA / OGS <input type="checkbox"/> Wegbegleitung Schule Name Schule u. Standort: _____ durch folgenden Anbieter: _____ Stundenanzahl: _____ Std. / Woche Beendigung der Schulausbildung voraussichtlich im Jahr: _____ <input type="checkbox"/> Einzelbeförderung Name Fahrdienst: _____ <input type="checkbox"/> Freizeitbegleitung durch folgenden Anbieter: _____ Stundenanzahl: _____ Std. / Woche
Fördermaßnahmen
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung <input type="checkbox"/> Autismustherapie <input type="checkbox"/> Elterngespräch / Kooperationsgespräch Name Praxis / Therapiezentrum: _____ Stundenanzahl: _____ Std. / Woche
sonstige Hilfeleistungen:
<input type="checkbox"/> Baumaßnahme <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hinweis: Sollten die Bereiche für Ihre Angaben nicht ausreichen, bitte entsprechende Anlagen beifügen.

4. Anlagen

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen in Kopie bei:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegekasse | <input type="checkbox"/> SPZ - Bericht |
| <input type="checkbox"/> Therapiebericht | <input type="checkbox"/> Arztbericht (ggf. fachärztliche Diagnose/n mit Diagnoseschlüssel des ICF/ICD) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

5. Sonstiges / Anmerkungen

Mitwirkungspflicht Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (Fachdienst Soziales und Wohnen der Stadt Remscheid) mitzuteilen habe.

Datenschutz Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Die Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu.

Überleitung von Ansprüchen Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderungen mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Remscheid, den (Datum) _____

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift gesetzliche/r
Betreuer/in

Hinweis: Sollten die Bereiche für Ihre Angaben nicht ausreichen, bitte entsprechende Anlagen beifügen.

Bedarfsermittlung gemäß § 118 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX)

I. Lebensbereiche nach ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

1. Lernen und Wissensanwendung (ICF d110-d199)

	Das gelingt mir gut	Das gelingt mir nicht so gut
Bewusste Sinneswahrnehmung (Zuschauen, Zuhören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen, Schreiben oder andere Fertigkeiten (z.B. Umgang mit Bleistift/anderen Utensilien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachahmen, Nachmachen, Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme lösen, Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (ICF 210-299)

	Das kann ich gut/ohne Hilfe	Das kann ich nicht so gut/nur mit Hilfe
einfache Aufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einfache Aufgaben in einer Gruppe übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tägliche Routine (Zeit einplanen, Tagesplan/ Aktivitäten aufstellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Stress/psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Verantwortung umgehen (Pflichten erfüllen und beurteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kommunikation (ICF d310-d399)

	Ja	Nein
Ich kann mittels (Gebärden-)Sprache, Zeichen oder Symbolen kommunizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe non-verbale Mittelungen (Gesichtsausdrücke, Körpergesten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich mündlich mitteilen (Wörter, Wendungen, längere Passagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich mit einer oder vielen Personen unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Kommunikationsgeräte benutzen (z.B. Telefon, Computer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mobilität (ICF d410-499)

	Ja	Nein
Ich kann meine Körperposition ändern und aufrecht erhalten (z.B. hinlegen, hocken, sitzen, stehen, beugen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich fortbewegen (z.B. gehen, krabbeln, springen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich unter Verwendung von Geräten fortbewegen (z.B. mit einem Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Selbstversorgung (ICF d510-599)

	Ja	Nein
Ich kann mich selbst versorgen:		
- Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- An- und Ausziehen von Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Essen und Trinken zu mir nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Häusliches Leben (ICF d610-d699)

	Ja	Nein
Ich kann einkaufen gehen (Lebensmittel, Kleidung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Haushaltsaufgaben erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das kann ich im Alltag außerdem: _____		
Das kann ich nur mit Hilfe: _____		

7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (ICF d710-d799)

	Ja	Nein
Ich kann mit anderen Kontakt aufnehmen und aufbauen (Familie, Freunde, Nachbarn, Bekannte, Mitschüler etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Bedeutende Lebensbereiche (ICF d810-899)

Was ich in der Zukunft machen möchte/Was ich mir wünsche (z.B. in Bezug auf Schulbildung, Ausbildung, Arbeitsverhältnis):

9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (ICF d910-d999)

Das mache ich in meiner Freizeit (Hobbys, Spiel und Sport, Kino-/Theaterbesuch, Reisen):

Dabei brauche ich Hilfe: _____

10. Umweltfaktoren (ICF e110-e599)

Was mir die soziale Teilhabe **erschwert/verhindert** (umweltbezogene Barrieren)

Was mir jetzt schon die soziale Teilhabe **erleichtert/ermöglicht** (z.B. Hilfsprodukte wie Rollstuhl oder sprachgesteuerte Systeme, Barrierefreiheit, Unterstützung durch Dritte etc.)

II. Anmerkungen zu den voran genannten Lebensbereichen Punkt 1.-10.

z.B. Ideen/Wünsche, Was funktioniert gut? Was könnte verbessert/geändert werden?
Wobei wird noch Unterstützung benötigt? Wird weniger Hilfe benötigt?

III. Benennung der Ziele, die durch die beantragte(n) Hilfeleistung(en) im beantragten Zeitraum erreicht werden sollen:

IV. Anforderungen an den (die) Anbieter der beantragten Hilfeleistung(en)

Notwendige fachliche Kompetenzen:

Notwendige persönliche Kompetenzen:

Geschlecht weiblich, weil _____
 männlich, weil _____
 egal

V. Umfang der beantragten Hilfeleistung(en)

Zeitlicher Umfang

Beantragter Zeitraum:

von _____ bis _____

für _____ Monate

für 1 Jahr

Stundenumfang:

wöchentlich: _____

monatlich: _____

Bei Einsatz eines Integrationshelfers in der Schule bitte tägliche
Uhrzeit und täglichen Stundenumfang (Mo.-Fr.) angeben:

Intensität

Leistung als Einzelförderung?

Ja, weil _____

Nein

Förderung in einer Gruppe möglich und zielführend?

Ja

Nein, weil _____

Mobil aufsuchende Therapie (z.B. Zuhause, in der KiTa / Schule)?

Ja, weil _____

Nein

VI. Wer soll die Leistung(en) erbringen?

Trägerverein, Praxis, o.ä. (bitte Name und Adresse angeben):

VII. Bemerkungen/Ergänzungen

VIII. Gesprächs-/Klärungsbedarf

Ja weil

mit folgenden Teilnehmern: _____
(z.B. Schule, Trägerverein, Sozialamt, Jugendamt, Kinderarzt usw.)

telefonisch persönlich

Nein

Remscheid, den (Datum) _____

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift gesetzliche/r
Betreuer/in

**Ihre Ansprechpartnerinnen bei der Stadt Remscheid, Alleestraße 66, 42853 Remscheid,
Raum 216, Fachdienst Soziales und Wohnen**

Frau Beier

A - Z

Tel.: (02191) 16-3748

Fax: (02191) 16-13748

E-Mail-Adresse: eingliederungshilfe@remscheid.de

Die o.a. Mitarbeiterinnen der Abteilung Hilfen für Senioren und behinderte Menschen der Stadt Remscheid stehen Ihnen selbstverständlich für telefonische Rückfragen zur Verfügung. Sollten die Mitarbeiterinnen telefonisch nicht erreichbar sein, können Sie gerne eine Nachricht mit Ihren Kontaktdaten und Anliegen auf dem Anrufbeantworter hinterlassen. Die Mitarbeiterinnen sind bemüht, zeitnah auf Anfragen zu reagieren.