LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

1	**Antrag für volljährige Personen auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**	
2	Wozu dient dieser Antrag? Sie möchten Eingliederungshilfe als Unterstützung beantragen. Eingliederungshilfe ist eine Leistung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Dafür braucht der LWL von Ihnen Informationen und Unterlagen. Bitte füllen Sie dazu diesen Antrag sorgfältig aus. Dabei kann Sie auch jemand unterstützen, z.B. Ihre rechtliche Betreuung, eine Person Ihres Vertrauens oder eine Beratungsstelle. Achten Sie bitte auf die Erläuterungen, die an einigen Stellen in Klammern stehen. Bitte lesen Sie auch die Hinweise auf Seite 6. Vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 8 zu unterschreiben. Damit bestätigen Sie, dass alles richtig ist, was Sie geschrieben haben. Haben Sie eine rechtliche Betreuung? Dann kann auch Ihre Betreuerin oder Ihr Betreuer unterschreiben. Die Angaben sind notwendig, damit der LWL über Ihre Unterstützung entscheiden kann. Deshalb dürfen Ihre Daten abgefragt werden. Das steht im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in § 67a Abs. 2 Satz 1. Die Angaben dürfen auch gespeichert und genutzt werden. Dafür muss der LWL das Gesetz beachten (§ 67b Abs. 1 SGB X). Möchten Sie Leistungen für Ihren Lebensunterhalt beantragen? Das ist eine Unterstützung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Zuständig dafür ist das Sozialamt an Ihrem Wohnort. Bitte fragen Sie dort nach.	
3	**Welche Unterstützung benötigen Sie?**	
4	**Informationen zu Ihnen (Antragstellerin oder Antragsteller)**	
5	Wie heißen Sie?	Nachname: Vorname:
6	Kreuzen Sie an, was für Sie richtig ist.	◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers
7	An welchem Datum sind Sie geboren?	
8	Kreuzen Sie an, was für Sie richtig ist.	◯ ledig ◯ verheiratet ◯ verwitwet ◯ geschieden seit:

9	Gehen Sie zur Schule?	◯ Nein ◯ Ja, seit: Schulform:
10	**Wo und wie wohnen Sie aktuell (Ihre Adresse)?**	
11	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	
12	Telefonnummer: Angabe freiwillig für evtl. Rückfragen	
13	Wie wohnen Sie?	◯ Ich wohne in einer eigenen Wohnung ◯ Ich wohne mit anderen in einer Wohnung (z. B. Ehegatten, Lebenspartner, Eltern) ◯ Ich habe keine feste Wohnung. ◯ Ich lebe in einer stationären (z. B. Wohnstätte, Pflegeheim, Krankenhaus) oder ähnlichen Einrichtung (z. B. Betreuung über Tag und Nacht, Gefängnis, Mutter-Kind-Einrichtung). seit: Wo haben Sie gewohnt, bevor Sie dorthin gezogen sind? Adresse:
14	**Weitere Fragen zu Ihnen** **(Ihre Antworten helfen dem LWL, schnell über die Unterstützung zu entscheiden)**	
15	Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfe erhalten?	◯ Nein ◯ Ja Welche Behörde hat die Leistung bewilligt?

16	Haben Sie eine Schwerbehinderung? (Bitte schicken Sie bei „Ja“ oder „gleichgestellt“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 37, bei den Hinweisen.)	◯ Nein ◯ Ja ◯ Ich bin gleichgestellt (nach dem SGB IX). Grad der Behinderung: Merkzeichen: ☐ aG ☐ B ☐ Bl ☐ G ☐ Gl ☐ H ☐ RF ☐ TBl Ich habe einen Antrag gestellt am:
17	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte schicken Sie bei „anderer Staatsangehörigkeit“ einen Nachweis/ Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 37, bei den Hinweisen.)	◯ Ich habe die deutsche Staatsangehörigkeit. ◯ Ich habe eine andere Staatsangehörigkeit, nämlich:
18	Haben Sie eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer? (Bitte schicken Sie bei „Ja“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 37, bei den Hinweisen.)	◯ Nein ◯ Ja Nachname: Vorname: Adresse:
19	Ist der Grund für Ihre Behinderung ein Unfall, ein Behandlungsfehler, ein Impfschaden oder eine Verletzung durch eine andere Person? (Bitte schicken Sie bei „Ja“ oder „Ich weiß es nicht“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 37, bei den Hinweisen.)	◯ Nein ◯ Ja (Bitte füllen Sie auch Zeile 20 aus) Ursache: ◯ Ich weiß es nicht.

20	Nur ausfüllen, wenn bei Zeile 19 „Ja“ angekreuzt ist. Bestehen/bestanden Ansprüche gegen den anderen oder dessen Versicherung?	◯ Nein ◯ Ja ◯ Ich weiß es nicht.
21	**Informationen zu Ihrer Krankenversicherung/Pflegeversicherung/Beihilfe**	
22	Sind Sie krankenversichert?	◯ Nein ◯ Ja ◯ ich bin gesetzlich versichert bei: ◯ ich bin privat versichert bei: Name der Krankenkasse: Versicherungsnummer:
23	Sind Sie pflegeversichert?	◯ Nein ◯ Ja ◯ ich bin gesetzlich versichert bei: ◯ ich bin privat versichert bei: Name der Pflegeversicherung: Versicherungsnummer:
24	Haben Sie oder Ihre Eltern Ansprüche auf Beihilfe aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften?	◯ Nein ◯ Ja Wer: Anschrift des Dienstherrn: Beihilfenummer:

25	Hat die Pflegekasse oder Pflegeversicherung bei Ihnen Pflegebedürftigkeit festgestellt? (Bitte schicken Sie eine Kopie des Bescheides Ihrer Pflegekasse/ Pflegeversicherung, sobald Ihr Antrag entschieden ist. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 37, bei den Hinweisen.)	◯ Nein, ◯ weil ich keinen Antrag gestellt habe. ◯ weil mein Antrag abgelehnt wurde. ◯ weil mein Antrag noch nicht entschieden wurde. ◯ Ja, mit folgendem Pflegegrad ◯ Ich stelle noch einen Antrag.
26	**Informationen zu Ihrem Einkommen**	
27	**Was ist Einkommen?** Einkommen haben Sie z. B., wenn Sie durch eine Tätigkeit Geld verdienen, in der Ausbildung sind und dafür Geld bekommen oder eine Rente beziehen. Die Tätigkeit kann sozialversicherungspflichtig oder nur geringfügig sein oder Sie sind selbständig beschäftigt. Renten können Sie bekommen z. B. wegen Erwerbsminderung, Alter, Unfällen oder weil Sie Witwe, Witwer oder Waise sind. Wenn Sie von anderen Stellen regelmäßig Geld bekommen, müssen Sie das auch angeben.	
28	Ist Ihr Einkommen größer als 2.414 Euro brutto im Monat?	◯ Nein ◯ Ich habe kein Einkommen. ◯ Ja Bei „Ja“ werden Sie noch einen Brief bekommen. Damit werden Nachweise/Belege angefordert.
29	Bekommen Sie Geld, weil Sie ein Haus, eine Wohnung oder ein Grundstück vermieten oder verpachten? Dann ist dieses Geld auch Einkommen.	◯ Nein ◯ Ja Bei „Ja“ werden Sie noch einen Brief bekommen. Damit werden Nachweise/Belege angefordert.
30	**Informationen zu Ihrem Vermögen**	
31	**Was ist Vermögen?** Zum Vermögen zählt das gesamte verwertbare Vermögen wie z. B. Bargeld, Konten (z. B. Girokonto, Sparbuch, PayPal), Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile, Lebens- oder Unfallversicherung mit Rückkaufswert, Wertpapiere, Erbansprüche, sonstige vertragliche	

	Ansprüche, Nießbrauch (Nutzungsrechte). Wenn Sie wertvolle Wertgegenstände wie z. B. ein Auto besitzen, gehört auch dieser Wert zum Vermögen.	
32	Ist Ihr Vermögen größer als 71.190 Euro?	◯ Nein ◯ Ja Bei „Ja“ werden Sie noch einen Brief bekommen. Damit werden Nachweise/Belege angefordert.
33	Haben Sie ein Haus, eine Wohnung oder ein Grundstück? Dann ist das auch Vermögen.	◯ Nein ◯ Ja Bei „Ja“ werden Sie noch einen Brief bekommen. Damit werden Nachweise/Belege angefordert.
34	**Haben Sie Ihr Vermögen an Andere verschenkt oder verliehen?**	
35	Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögen an eine andere Person verschenkt?	◯ Nein ◯ Ja Bei „Ja“ werden Sie noch einen Brief bekommen. Damit werden Nachweise/Belege angefordert.
36	Haben Sie jemandem Geld geliehen (Darlehen)? (Bitte schicken Sie bei „Ja“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 37, bei den Hinweisen.)	◯ Nein ◯ Ja

Hinweise

37	**Welche Nachweise/Belege müssen Sie schicken?** Wenn Sie bei Zeile **16, 17, 18, 19, 25 oder 36** ein „Ja“ angekreuzt haben, schicken Sie bitte einen Nachweis/Beleg. Hier können Sie ankreuzen, welche Nachweise/Belege Sie beifügen. ◯ **Zeile 16: Bei Ihnen liegt eine Schwerbehinderung vor?** Der LWL benötigt den Schwerbehindertenausweis oder den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes in Kopie. ◯ **Zeile 17: Sie sind ausländische Mitbürgerin oder ausländischer Mitbürger?** Der LWL benötigt einen Nachweis über Ihren aufenthaltsrechtlichen Status. Sie können eine Kopie Ihres Passes oder Passersatzes schicken oder eine Bescheinigung des Ausländeramtes.

Zeile 18: Sie haben eine rechtliche Betreuung?
Der LWL benötigt eine Kopie der Bestellungsurkunde vom Gericht.

Zeile 19: Ein anderer hat Schuld an Ihrer Behinderung?

- Der LWL muss wissen, welche Person die Behinderung verursacht hat oder haben könnte (Name und Adresse).
- Gab oder gibt es ein Strafverfahren bei der Staatsanwaltschaft? Dann benötigt der LWL das Aktenzeichen und ein Kopie eines Schreibens der Staatsanwaltschaft.
- Haben Sie bereits mit einer Versicherung Kontakt oder schon Leistungen von einer Versicherung bekommen?
  Dann sagen Sie uns bitte den Namen, die Anschrift und das Aktenzeichen der Versicherung.
  Wenn Sie schon ein Schreiben der Versicherung haben, schicken Sie bitte eine Kopie.

Zeile 25: Ihre Pflegekasse/Pflegeversicherung hat einen Pflegegrad festgestellt?
Der LWL benötigt eine Kopie des Bescheides der Pflegekasse/Pflegeversicherung.

Zeile 36: Sie haben jemandem Geld geliehen?
Der LWL benötigt eine Kopie des Vertrages oder eine glaubhafte Bestätigung darüber. Das kann z. B. ein Kontoauszug sein. Bitte teilen Sie in jedem Fall Name und Anschrift der Person mit, der Sie Geld geliehen haben.

Hier erfahren Sie, welche Pflichten Sie haben

Der LWL muss prüfen, ob alle Voraussetzungen für eine Unterstützung vorliegen. Dafür müssen Sie alle Tatsachen angeben, die hierfür wichtig sind. Das können z. B. Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankungen/Behinderungen und notwendigen Maßnahmen sein. Dazu können auch Erkrankungen gehören, die Sie früher einmal hatten.

Der LWL kann das Gesundheitsamt beteiligen, um Ihre Behinderung festzustellen. Das tut er nur, wenn es unbedingt erforderlich ist. Das steht in § 62 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sie sollen die Untersuchung zulassen.

Wenn der LWL es verlangt, müssen Sie der Erteilung von notwendigen Auskünften durch Dritte zustimmen (§ 60 SGB I). Das wird der LWL aber nur verlangen, wenn Sie nicht selber die Auskünfte geben und/oder Unterlagen vorlegen. Die Unterstützung, die Sie beantragen oder erhalten, können Sie ganz oder teilweise nicht bekommen, wenn Sie nicht mitwirken (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Solange Sie Eingliederungshilfe erhalten, müssen Sie Änderungen Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - das sind Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse - sofort und unaufgefordert mitteilen. Das gilt auch für Ihre Betreuerin oder Ihren Betreuer, wenn diese oder dieser Angaben für Sie macht.

Wenn Sie Eingliederungshilfe zu Unrecht erhalten, kann der LWL diese zurückfordern (§§ 45 ff. Sozialgesetzbuch X). Wenn Sie unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann das strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

Der LWL benötigt Ihre Zustimmung, damit andere öffentliche Stellen beteiligt werden können (§§ 22, 117 SGB IX): Andere öffentliche Stellen sind z. B. Ihre Pflegeversicherung, Integrationsamt, Jobcenter, Betreuungsbehörde oder Ihr örtliches Sozialamt. Das ist für Sie wichtig, wenn diese Stellen Sie auch unterstützen können. Der LWL sorgt dann dafür, dass Sie diese Unterstützung bekommen. **Sind Sie damit einverstanden, dass der LWL diese Stellen beteiligt?**	◯ Ja ◯ Nein ◯ Ja, aber nicht für diese Stelle:

Hier erklären Sie, dass Sie verstanden haben, welche Pflichten Sie haben

Diesen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX und die Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich habe verstanden, welche Pflichten ich habe.

Ich weiß, dass ich verpflichtet bin zur Mitwirkung in diesem Verfahren.
Ich weiß, dass ich die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise nicht erhalte, wenn ich nicht mitwirke oder unvollständige oder unwahre Angaben mache.

Wenn ich Eingliederungshilfe zu Unrecht erhalten habe, muss ich diese zurückzahlen.
Wenn ich unvollständige oder unwahre Angaben mache, kann das strafrechtlich verfolgt werden.

Solange ich Eingliederungshilfe erhalte, werde ich Änderungen meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sofort und unaufgefordert mitteilen.

Datum	Unterschrift Antragstellerin oder Antragsteller
Datum	Unterschrift rechtliche Betreuung

Soll eine andere Person für Sie den Bescheid über die Eingliederungshilfe bekommen?
Dann müssen Sie hier Namen und Adresse angeben und nochmal unterschreiben.
Damit bestätigen Sie, dass der LWL dieser Person den Bescheid zuschicken darf.

◯ Nein

◯ Ja, und zwar (Nachname, Vorname, Adresse)

Datum	Unterschrift Antragstellerin oder Antragsteller

Wohin schicken Sie Ihren Antrag?
Sie können den Antrag mit der Post oder elektronisch verschicken, z.B. per Fax oder E-Mail.
Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die folgende Adresse:

Postanschrift
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe
48133 Münster

Elektronisch
Fax: 0251/591-276
E-Mail: Post-soziales@lwl.org

Hinweise
zum Schutz Ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Hier erfahren Sie, wie Ihre Daten vom LWL behandelt werden.

1. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Wenn Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) stellen, werden Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erhoben. Es werden nur die Daten erhoben, die zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung benötigt werden. Wenn ärztliche Unterlagen oder Auskünfte von Banken benötigt werden, werden diese von den Ärzten oder Banken nur angefordert, wenn Sie ausdrücklich zugestimmt haben. Dann werden Sie nach einer Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht oder zur Befreiung vom Bankgeheimnis gefragt. Sie können die Zustimmung auch zurücknehmen.

Es steht im Gesetz, dass der LWL diese personenbezogenen Daten verarbeiten darf (§§ 67 ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)). Sozialdaten dürfen an oder von Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch wahrnehmen. Welche Stellen das sind, steht in § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermittelt (z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte), wenn der LWL dazu gesetzlich verpflichtet ist.

Sollte der LWL Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden Sie darüber vorher informiert.

2. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks müssen Ihre Daten gelöscht werden.

3. Ihre Betroffenenrechte

- Ø Sie können jederzeit Auskunft bekommen über Ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X).

- Ø Wir müssen falsch hinterlegte personenbezogene Daten korrigieren (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Ø Sie können jederzeit Ihre Einwilligungen zur Datenverarbeitung zurücknehmen (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO).

Die Betroffenenrechte können hier geltend gemacht werden:

LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe
Referat 1.1
Warendorfer Str. 26-28
48145 Münster

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Schutz meiner persönlichen Daten zur Kenntnis genommen habe.

Datum	Unterschrift Antragstellerin, Antragsteller oder rechtliche Betreuung