

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken  
Sozialverwaltung  
Postfach 10 11 52  
95411 Bayreuth

**Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X:** Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121–128 SGB XII).

**Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):** Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 des Sozialgesetzbuches (SGB) (Erstes Buch–Allgemeiner Teil) erhoben.

## Antrag Eingliederungshilfe für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

### Angaben zur Leistung

gewünschte Leistung	Internat 5 Tage Internat 7 Tage Ferienbetreuung Behindertenfahrdienst Sonstiges, bitte benennen: <input type="text"/>
Beginn der Leistung	<input type="text"/>
Name der Einrichtung/des Anbieters	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

### Persönliche Angaben

	des Kindes / des Jugendlichen
Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Geburtsname ggf. früherer Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>
ggf. Sterbedatum/-ort	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	deutsch    andere (aufenthaltsrechtlichen Status und Passkopie <b>beifügen</b> )
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Ist das zu fördernde Kind ein Pflegekind?	ja      nein
Vor- und Nachname der Pflegeeltern	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

### Zuständiges Jugendamt

Name des Jugendamtes	
Ansprechpartner	
Telefon	

### Persönliche Angaben der leiblichen Eltern

	<b>des Vaters</b> <small>(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)</small>	<b>der Mutter</b> <small>(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)</small>
Vorname		
Nachname		
Geburtsname ggf. früherer Name		
Geburtsdatum		
Geburtsort/-land		
ggf. Sterbedatum/-ort		
Staatsangehörigkeit	deutsch      andere (aufenthaltsrechtlichen Status und Passkopie <b>beifügen</b> )	deutsch      andere (aufenthaltsrechtlichen Status und Passkopie <b>beifügen</b> )
Familienstand	ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend	ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend
Telefon		
E-Mail		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
zuletzt ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
Rentenversicherung		
sorgeberechtigt	ja      nein	ja      nein

### Angaben zur Krankenversicherung des Kindes / des Jugendlichen

krankenversichert	privat      gesetzlich
	selbst versichert
	bei der Mutter mitversichert
	beim Vater mitversichert
Name der Krankenkasse	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Pflegegrad	1      2      3      4      5 kein Pflegegrad noch nicht beantragt

### Angaben zum Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Hilfebeginn

1	von		bis	
	elterliche Wohnung/Haus		Krankenhaus	
	Sonstiges			
2	von		bis	
	elterliche Wohnung/Haus		Krankenhaus	
	Sonstiges			
bei Übertritt aus dem Ausland				
Datum des Grenzübertritts				
Ort des Grenzübertritts				

### Sonstige Personen, mit denen das Kind / der Jugendliche in der Haushaltsgemeinschaft leben (bei Pflegekind, Personen die vor Aufnahme in die Pflegefamilie mit in der Haushaltsgemeinschaft gelebt haben)

	Person 1	Person 2	Person 3
Vorname			
Nachname			
Ggf. Geburtsname			
Geburtsdatum/-ort			
ggf. Sterbedatum/-ort			
Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zum Kind/zum Jugendlichen			
berufstätig	ja      nein	ja      nein	ja      nein
ausgeübter Beruf			

### Sonstige Angaben zum Kind / zum Jugendlichen

Beihilfeanspruch des Kindes, des Jugendlichen oder der Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)		ja	nein
Beihilfeberechtigter			
Beihilfe gewährende Stelle			
dauernde Behinderung, Krankheit besteht		ja	nein
Die Behinderung ist Folge eines (bitte immer Aktenzeichen und Schriftverkehr übersenden)	Unfalls. Impfschadens. schuldhaften Verhalten Dritter (z. B. Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Geburt).		
Ggf. Grad der Behinderung in Prozent (Bitte Kopie beifügen)		Festgestellt vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt)	
Besteht eine wesentliche Sehbehinderung?	ja, bitte Sehschärfe angeben		nein
Werden jetzt oder wurden bereits früher Sozialleistungen/Kriegsopferfürsorge bezogen? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)		ja	nein
vom		bis	
Name der Behörde			
Hilfeart			
Wurden Anträge auf sonstige Sozialleistungen gestellt? (z. B. Renten, Kindergeld, Blindengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Wohngeld, Krankengeld, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz)		ja	nein
Datum		Behörde	Aktenzeichen
Datum		Behörde	Aktenzeichen
Datum		Behörde	Aktenzeichen
Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide in Kopie beifügen)		ja	nein

### Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG)

(Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen)

Erhält das Kind/der Jugendliche oder deren Angehörige Leistungen? (ggf. bitte Bescheid des Zentrum Familie und Soziales (ehemals Versorgungsamt) beifügen)	nein ja, und zwar nach dem BVG OEG (aufgrund eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs (Gewalttat)) SVG ZDG (bei Ausübung des Zivildienstes)
---	---

Sind Angehörige der Person, für die Leistungen beantragt werden, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben? (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)	nein ja, und zwar ein Elternteil ein Kind durch Kriegseinwirkung gefallen/vermisst am Kriegsleiden gestorben im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben bei Ausübung des Zivildienstes verstorben durch eine Gewalttat verstorben
Vor- und Nachname des Verstorbenen	
Geburtsdatum	
Sterbedatum	

### Sonstige ergänzende Angaben

### Notwendige Anlagen

- **Neuantrag:** ärztliches Attest bezogen auf die Behinderung

### Hinweise und Erklärungen

Ich/Wir erkläre(n), dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen worden ist. Mir/Uns ist bekannt, dass wissentlich falsche oder unvollständige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zurückzuzahlen sind.

Mir/Uns ist bekannt, dass Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Bezirk Oberfranken übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können.

Ich/Wir bestätige(n) ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Bezirk Oberfranken mitzuteilen sind. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. ist vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzuzeigen. Den Bezirk Oberfranken ermächtige(n) ich/wir hiermit – soweit für die Leistungsgewährung erforderlich –

Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen Leistungen bezogen werden oder wurden, einzusehen, sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dort vorliegende Unterlagen anzufordern.

Ich/Wir entbinde(n) behandelnde Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Bezirk Oberfranken, Sozialverwaltung, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Leistung erforderlich ist.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis – § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe(n) ich/wir Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Die Angaben in diesem Formular können ggf. durch einen Kontenabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i. V. m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden. Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsofopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFörsV erteilt.

Außerdem ermächtige ich den Bezirk Oberfranken

- zur Prüfung eines evtl. bestehenden Rentenanspruchs beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Versicherungsverlauf anzufordern;
- zur Prüfung eines evtl. Wohngeldanspruches einen Wohngeldantrag zu stellen;
- zur Prüfung des ausländerrechtlichen Status die erforderlichen Auskünfte beim zuständigen Ausländeramt einzuholen;
- zur Prüfung eines evtl. Erbenspruchs die erforderlichen Auskünfte beim zuständigen Nachlassgericht und dem zuständigen (Zentral-)Finanzamt einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift **sorgeberechtigter Vater**  
bzw. gesetzlicher/gerichtlich bestellter Vertreter

Unterschrift **sorgeberechtigte Mutter**  
bzw. gesetzlicher/gerichtlich bestellter Vertreter