

Datum, _____

**Leistungen der Eingliederungshilfe
 (SGB IX)**

↓ Art der beantragten Hilfe

Fahrdienst für mobilitätseingeschränkte Menschen

Persönliche Verhältnisse	PZ 1	PZ 2	PZ 3
	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.
Antragsteller/in (Fahrdienstnutzer)		<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner*in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Leibliches Kind der Person Nr <input type="checkbox"/> sonstige Personen im Haushalt, Verwandtschaftsgrad angeben:
Familienname			
Vorname			
Geburtsname			
Anschrift Telefon, Email (freiwillig)			
Geburtsdatum und -ort			
Familienstand		seit	seit
Staatsangehörigkeit			
Bei Ausländern/Spät- aussiedlern: Aufenthaltsrechtl. Status			
Vormund/ Betreuer/in: Name, Anschrift, Telefon (Kopie der Bestellungs- urkunde beifügen)			
Schwerbehinderten- ausweis (Kopie Ausweis und Bescheid beifügen)	gültig bis Buchstabe		
Leben Sie in einer besonderen Wohnform (z.B. Heim, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wer ist der Kostenträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wer ist der Kostenträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, wer ist der Kostenträger
Falls ja, Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthalt)	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung

II. Sofern kein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG oder Blindheit vorliegt:

Ich kann aus folgenden Gründen keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen/bin auf den Fahrdienst angewiesen:

III. Einkommen		Bitte Einkommensnachweise vorlegen					
	1. Person		2. Person		3. Person		
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Einkommen	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe kennzeichnen	Zahlung beantragt am, AktENZEICHEN, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe kennzeichnen	Zahlung beantragt am, AktENZEICHEN, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nichtmonatliche Betragsangabe kennzeichnen	Zahlung beantragt am, AktENZEICHEN, Stand des Verfahrens	
Leistungen zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung der Stadt Oberhausen nach dem SGB XII							
Bürgergeld vom Jobcenter Oberhausen							
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungs- gesetz							
Sofern Sie Leistungen der Grundsicherung, Bürgergeld oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, legen Sie bitte den Bescheid bei. Die weiteren Felder zum Einkommen müssen bei Bezug einer dieser drei Leistungen nicht mehr beantwortet werden.							
Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)							
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)							
Gewerbebetrieb							
Vermietung und Verpachtung							
Wohngeld/Lasten- zuschuss							
Renten/Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/- zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Fremdrenten, o.ä.)							
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz							
Leistungen des Lastenausgleichamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)							
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld I, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)							
Ausbildungsförderung							
Unterhalt							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)							
Sonstige Einkünfte							

IV.	Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII) im In- und Ausland	Bitte Nachweise vorlegen		
Art des Vermögens	1. Person	2. Person	3. Person	
Bargeld				
Bank-/Sparguthaben (einschl. vermögenswirksame Leistungen)				
Wertpapiere/Aktien				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil)				
Hauseigentum/Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Sonstiges Vermögen (wie Forderungen gegen Dritte, Rente, Patente oder andere)				
Übertragung von Vermögen: Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ohne besonderen Vertrag (von wem auf wen) <input type="checkbox"/> Ja, siehe beigegefügte Urkunde <input type="checkbox"/> Falls ja, wann: <input type="checkbox"/> In welcher Höhe:				
Personen, die über <u>kein</u> Bargeld, Guthaben oder sonstiges Vermögen verfügen: Nr.				

Antragsbegründung (z. B. Angaben zur Art der Behinderung und zum Hilfebedarf), ggf. Angaben zu Ziel und Art der Leistungen (Wünsche) und ggf. weitere relevante Daten:

Der Antrag auf Eingliederungshilfe wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB) und zu Unrecht gewährte Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte) auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Das Informationsblatt über die Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Datum:	↓ Unterschrift	aufgenommen durch:
	Antragsteller*in oder ihr/sein gesetzliche/r Vertreter*in bzw. Betreuer*in	