

Ergänzungen zum Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

Name, Vorname, Geburtsdatum		Aktenzeichen	
1.	Haben Sie einen Antrag auf die Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt? <i>(Falls ja, ärztliches Gutachten beifügen)</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
2.	Haben Sie eine Person des Vertrauens? Falls ja, Name und Anschrift der Person des Vertrauens:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
3.	Bei Kindern, die ab Geburt über Tag und Nacht in einer Einrichtung betreut werden: Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung		
4.	Schulbildung	<input type="radio"/> Sonderpäd. Bildung (SBBZ) <input type="radio"/> Werkrealschule-Hauptschule <input type="radio"/> Gemeinschaftsschule <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Gymnasium	
5.	Schulabschluss	<input type="radio"/> Ja, Jahrgang <input type="radio"/> nein Anschrift der Schule:	
6.	Berufsfördernden Maßnahmen teilgenommen?	<input type="radio"/> Berufsbildungswerk <input type="radio"/> Berufsvorbereitungsjahr <input type="radio"/> Andere von - bis	
7.	Ausbildung	Art der Ausbildung Abgeschlossen <input type="radio"/> Ja, am <input type="radio"/> nein	
8.	Zeiten der Berufstätigkeit	Beruf: <i>(ggf. gesondert aufführen)</i>	Ausgeübt von - bis
9.	Wurden Sie durch die Agentur für Arbeit / den Rentenversicherungsträger untersucht? <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen)</i>	Datum	Anschrift des Trägers
10.	Stationärer Klinikaufenthalt <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen, ggf. gesondert aufführen)</i>	von - bis	Ort und Art der Kliniken



11.	Waren Sie bereits oder sind Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt?	von - bis	Ort und Name der Einrichtung
12.	Bisherige sonstige Maßnahmen <i>(bitte Berichte/Gutachten beifügen)</i>	von - bis	Art und Ort der Maßnahmen
13.	Wohnen Sie in einer 1. Besonderen Wohnform? 2. Ambulant betreute Wohnform? Falls ja, wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor dem Einzug gewohnt?	O ja O ja Adresse:	O nein O nein
14.	Wurden bei Ihnen bereits Ihre Teilhabebedarfe ermittelt? Falls ja, durch welche Behörde?	O ja Adresse:	O nein
15.	Wurde bei Ihnen bereits ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren durchgeführt? Falls ja, durch welche Behörde?	O ja Adresse:	O nein
16.	Wurden Sie bereits durch eine ergänzende unabhängige Beratungsstelle (EUTB) beraten? Falls ja, durch welche?	O ja Adresse:	O nein