

<u>Name, Vorname</u>
<u>Anschrift (aktueller Aufenthaltsort / Wohnort, besondere Wohnform, JVA ...)</u>
<u>Telefon – email-Adresse:</u>
<u>ggfls. Gesetzliche Betreuung – Name, Anschrift, Telefonnummer:</u>

An das
 Amt für Soziale Dienste
 Fachdienst Teilhabe
 Hansator 11
 28217 Bremen



Hiermit beantrage ich Leistungen (bitte ankreuzen)

- zum behindertengerechten Umbau meiner Wohnung
- zur Unterstützung bei der Sozialen Teilhabe (z.B. Ambulante pädagogische Unterstützung oder die Leistung Persönliche Assistenz – individuelle Schwerstbehindertenbetreuung)
- zum Betreuten Wohnen
- in Besonderen Wohnformen (bisheriges Heimwohnen)
- als Besuchsbeihilfen, da ich in einer besonderen Wohnform lebe
- zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- zum Besuch einer Tagesstätte
- zur Beschäftigungsorientierten sozialen Teilhabe
- Leistungen zur Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt Bremen
- Leistungen zur Beschäftigung im Arbeitsbereich eines anderen Leistungsanbieters
- Budget für Arbeit
- für eine (n) Gebärdendolmetscher*in
- zur Beförderung - Sonderfahrdienst
– bitte Anlage Sonderfahrdienst zusätzlich ausfüllen
- für Hilfsmittel zur Sozialen Teilhabe
- zum Besuch einer Hochschule / Universität

Bei **anderen Leistungen** bitte auf der nächsten Seite den Antrag mit eigenen Worten beschreiben:

- andere Leistungen

Bitte beschreiben Sie kurz, welche Unterstützung oder konkrete Wünsche (z.B. Leistungsanbieter) Sie beantragen möchten

1. Haben Sie Leistungen zur Teilhabe bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt?

- nein

- Ja

wann: _____

bei welchem Rehabilitationsträger: _____

2. Haben Sie früher schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

- nein

- Ja

bis wann: _____

von wem: _____

3. Wohnort und Aufenthalte des letzten Jahres vor Antragstellung, gegebenenfalls vor Aufnahme in der besonderen Wohnform (bisherige stationäre Einrichtung)

von	bis	Anschrift des Wohnortes / Aufenthaltsortes

4.4. Haben Sie medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten? Wenn ja, bringen Sie diese bitte zum Erstgespräch mit. Sie können sie aber auch diesem Antrag beifügen.

- beigelegt nicht beigelegt bringe ich mit

5. Weitere Angaben zur Person, Einkommen, Vermögen und anderen Sozialleistungen:

Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsrechtlicher Status bei Ausländer/innen	
Schulabschluss	
Berufsausbildung	

5.1. aktuelle Wohnverhältnisse

- allein lebend mit Ehegatte/in - Partner/in
 mit minderjährigem(n) Kind/ern mit anderen Menschen
 in einer besonderen Wohnform

5.2. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Krankenkasse /Pflegekasse	
Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Werden Leistungen von der Pflegekasse gewährt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad : _____	

5.3. Finanzielle Situation:

Anlage Einkommen und Vermögen

<input type="checkbox"/> Anlage Einkommen und Vermögen ist beigelegt
--

Ich beziehe

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bzw. Sozialgeld vom Jobcenter nach dem SGB II
<input type="checkbox"/> Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt vom Amt für Soziale Dienste nach dem SGB XII
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe nach dem SGB XII vom Amt für Soziale Dienste

Wenn Sie eine der drei vorstehenden Auswahlmöglichkeiten ankreuzen können, müssen Sie die Anlage zu Einkommen und Vermögen nicht ausfüllen

5.4. Bankverbindung des Antragstellenden – IBAN

--

Kontoinhaber

--

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der gesetzlichen Betreuung/Bevollmächtigten

Sozialdatenschutz

Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit e DSGVO i.V.m. §§ 57 ff. SGB X i.V.m. den Rechtsvorschriften zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß Teil 2 SGB IX (§§ 90-150 SGB IX).

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen habe und bin über die Einzelheiten der Datenverarbeitung informiert worden (Informationsblatt nach DSGVO).

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der gesetzlichen Betreuung/Bevollmächtigten

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

<input type="checkbox"/> Kopie vom Ausweis des gesetzlichen Betreuers / Vollmacht
<input type="checkbox"/> Kopie Schwerbehindertenausweis
<input type="checkbox"/> aktueller Bescheid Jobcenter oder Amt für Soziale Dienste
<input type="checkbox"/> falls vorhanden, medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten
<input type="checkbox"/> Anlage Einkommen und Vermögen
<input type="checkbox"/> Anlage Sonderfahrdienst – Leistungen zur Beförderung