

Name, Vorname	<h2 style="margin: 0;">Anlage 4</h2> <h3 style="margin: 0;">- Eingliederungshilfe -</h3>	
Geschäftszeichen		
Zum Antrag vom		
Beantragte Leistung	→ Hinweis; sofern Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Hilfsmittel beantragt werden	
	→ Diese Hilfsmittel werden nur dann instand gesetzt oder ersetzt, wenn sie unbrauchbar werden durch die natürliche Abnutzung bzw. ohne Ihre Schuld.	
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      →	Kostenträger
Kostenbeteiligung von (Stelle)	EUR                                      →	für (z.B. Kur)
Art der Behinderung oder Krankheit		
Entstehungsursache (z.B. Kriegsbeschädigung, Berufskrankheit, angeborenes Leiden)		
Schwerbehindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      ↓	→	Bitte Bescheid beifügen
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1. KI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T		
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> erhalte ich nicht <input type="checkbox"/> erhalte ich	→	Stufe  Bitte Bescheid beifügen
Telebusausweis <input type="checkbox"/> habe ich <input type="checkbox"/> habe ich nicht <input type="checkbox"/> habe ich beantragt <input type="checkbox"/> ist abgelehnt worden		
Bisher durchgeführte Maßnahmen:		
<input type="checkbox"/> Letzte orthopädische Versorgung	am	Art
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung <small>(auch Psychotherapien und verwandt. Therapien)</small>	von/bis	Behandelnde/r Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung <small>(u.a. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen)</small>	von/bis	Krankenhaus, Sanatorium, behandelnde/r Arzt/Ärztin
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Schulische oder berufliche Hilfe	Ausbildungsstelle	Art
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen	Art	
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> D. untersuchende/r Arzt/Ärztin	des Gesundheitsamtes	
	_____ <small>(Name d. Arztes/Ärztin oder der Institution)</small>	
darf dem Träger der Sozialhilfe die zur Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Untersuchungsergebnisse mitteilen.		
_____ <small>Unterschrift d. Antragstellenden/Datum</small>		
Wenn Sie den/die nebenstehend genannte/n Arzt/Ärztin nicht von seiner/ihrer Schweigepflicht entbinden, kann wegen mangelnder Mitwirkung der Antrag abgelehnt werden (§ 66 SGB I). Auf mein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X und die möglichen Konsequenzen eines Widerspruchs (§ 66 SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich mache von diesem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch.		
_____ <small>Unterschrift d. Antragstellenden/Datum</small>		

Name, Vorname	<h2 style="margin: 0;">Anlage 4</h2> <h3 style="margin: 0;">- Eingliederungshilfe -</h3>	
Geschäftszeichen		
Zum Antrag vom		
Beantragte Leistung	→ Hinweis; sofern Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Hilfsmittel beantragt werden	
	→ Diese Hilfsmittel werden nur dann instand gesetzt oder ersetzt, wenn sie unbrauchbar werden durch die natürliche Abnutzung bzw. ohne Ihre Schuld.	
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      →	Kostenträger
Kostenbeteiligung von (Stelle)	EUR                      →	für (z.B. Kur)
Art der Behinderung oder Krankheit		
Entstehungsursache (z.B. Kriegsbeschädigung, Berufskrankheit, angeborenes Leiden)		
Schwerbehindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      ↓	→	Bitte Bescheid beifügen
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1. KI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T		
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> erhalte ich nicht <input type="checkbox"/> erhalte ich	→	Stufe  Bitte Bescheid beifügen
Telebusausweis <input type="checkbox"/> habe ich <input type="checkbox"/> habe ich nicht <input type="checkbox"/> habe ich beantragt <input type="checkbox"/> ist abgelehnt worden		
Bisher durchgeführte Maßnahmen:		
<input type="checkbox"/> Letzte orthopädische Versorgung	am	Art
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung <small>(auch Psychotherapien und verwandt. Therapien)</small>	von/bis	Behandelnde/r Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung <small>(u.a. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen)</small>	von/bis	Krankenhaus, Sanatorium, behandelnde/r Arzt/Ärztin
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Schulische oder berufliche Hilfe	Ausbildungsstelle	Art
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen	Art	
	Kostenträger	
<input type="checkbox"/> D. untersuchende/r Arzt/Ärztin	des Gesundheitsamtes	
	_____	
	(Name d. Arztes/Ärztin oder der Institution)	
darf dem Träger der Sozialhilfe die zur Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Untersuchungsergebnisse mitteilen.		
_____		
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum		
Wenn Sie den/die nebenstehend genannte/n Arzt/Ärztin nicht von seiner/ihrer Schweigepflicht entbinden, kann wegen mangelnder Mitwirkung der Antrag abgelehnt werden (§ 66 SGB I). Auf mein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X und die möglichen Konsequenzen eines Widerspruchs (§ 66 SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich mache von diesem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch.		
_____		
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum		
D. Antragsteller muss genau wissen, welche Stelle seine/ihre Daten erhält. Die vorherige Unterrichtung d. Antragstellenden muss sichergestellt werden. Ärztliche Untersuchungsbefunde dürfen – soweit dies für die Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist – zugeleitet werden:		
<input type="checkbox"/> Amtsarzt/Amtsärztin _____	<input type="checkbox"/> _____	Name d. Arztes/Ärztin oder genaue Angabe der Institution mit Mitarbeiterzeichen
_____		
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum		